



3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

“Liberdade de Posições durante o Segundo Estádio do Trabalho de Parto, no contexto do Parto Normal”

Aluna:
Daniela Matos

Lisboa
Outubro de 2013



**3º Curso de Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

**“Liberdade de Posições durante o Segundo Estádio do
Trabalho de Parto, no contexto do Parto Normal”**

Aluna:

Daniela Matos

Orientador:

Professora Maria João Delgado

Lisboa

Outubro de 2013



PENSAMENTO

“Todos os profissionais de saúde devem formar-se segundo um modelo de assistência, de modo a que o mesmo constitua um marco de referência dos cuidados de saúde que preconizam”

**Ordem dos Enfermeiros (OE) e a Associação Portuguesa dos Enfermeiros
Obstetras (APEO) (2010, p.20)**

**Documento de Consenso *“Pelo Direito ao Parto Normal – uma visão
partilhada”***

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, António, Eduarda e Hugo, por todo o apoio e esforço para que eu alcance os meus sonhos. Agradeço à minha amiga Marisa, pela ajuda prestada. Agradeço por fim à Orientadora de Estágio, EESMO Leonor Mineiro por todo o conhecimento que me transmitiu e um obrigado especial à Professora Maria João Delgado, pela disponibilidade imensa, incentivo e suporte tão importante para a concretização do relatório.

SIGLAS

- APEO – Associação Portuguesa Enfermeiros Obstetras
- DPP – Descolamento prematuro da placenta
- EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia
- EMA – Associação Europeia de Parteiras
- ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- FAME – Federación de Asociaciones de Matronas de Espanha
- FCF – Frequência Córdio-Fetal
- ICM – International confederation of Midewives
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- RCM – Royal College of Midwifery
- RN – Recém-nascido
- RSL – Revisão Sistemática da Literatura
- SUGO – Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica
- TP – Trabalho de Parto
- UI –Unidade Curricular

Resumo

Problemática: A restrição dos movimentos da mulher durante o TP por parte dos profissionais de saúde e a não livre opção pela posição escolhida no período expulsivo pode conduzir a uma experiência menos positiva ou até negativa do parto. O dever e importância de atuar segundo as diretrizes internacionais de iniciativa ao parto normal, levou ao desenvolvimento e implementação do projeto de estágio, baseado no estudo acerca das vantagens da liberdade de posições durante o segundo estágio do TP, como um dos aspetos promotores e efetivadores do parto normal.

Objetivo: Avaliar a implementação do projeto de estágio no estágio com relatório, acerca do desenvolvimento de competências específicas do EESMO que possibilitem a prestação de cuidados de enfermagem especializados à grávida/casal/RN no âmbito do parto normal, através da promoção da liberdade de posições durante o segundo estágio do mesmo.

Desenho: Revisão Sistemática da Literatura pelo método PlcO.

Metodologia: Para a RSL foram analisados 8 artigos no mês de Março de 2013, obtidos na base de dados eletrónica EBSCOhost.

Resultados: Foram identificadas vantagens para a mulher ao adotar posições verticais durante o primeiro e segundo estágio do TP, nomeadamente: melhoria dos esforços expulsivos espontâneos e eficácia das contrações; menor duração do segundo estágio do TP; o uso da gravidade, redução do número de partos assistidos e de intervenções durante o parto; menos dor; maior facilidade em lidar com a mesma; maior satisfação na experiência do parto; aumento dos diâmetros pélvicos; menos episiotomias; menos anomalias da frequência cardíaca fetal.

Conclusões: A RSL realizada remete para inúmeras vantagens relacionadas com a liberdade da mulher em adotar livremente diferentes posições durante o TP. Existe evidência de um maior número de vantagens nas posições verticais por oposição à posição de litotomia. O uso da posição de litotomia é desencorajada e reconhece-se que a restrição da capacidade da mulher para adotar posições de parto fisiológicas poderá ter efeitos adversos. É função do EESMO promover esta liberdade de escolha e assegurar com rigor, cuidados especializados à mulher/casal no sentido das suas opções de parto como ponto de partida para os cuidados de enfermagem.

Palavras-Chave: parto*; trabalho de parto*; segundo estágio; posições*; vantagens.

Abstract

Background: The movement restriction imposed to women, by Midwives or health professionals, during labor and a non-free option for adopted position during labor can lead to a less positive or even negative experience of birth. The obligation and relevance of acting according to the international guidelines of normal childbirth incentive, led to the development and implementation of this project, based on the study about the benefits of freely choosing the positions during the second stage of labor, as one of the enhancers aspects for promoting normal birth.

Objective: To evaluate the project implementation in the internship, reporting on the development of specific nursing care skills towards the woman / couple / newborn, through the promotion of freely chosen positions during the second stage of labor.

Design: Systematic Review of the Literature.

Methods: 8 articles were analyzed in March 2013, included in EBSCOhost database.

Results: Advantages for women were identified by adopting upright positions during the first and second stage of labor, including: improvement of expulsive efforts and effectiveness of spontaneous contractions; shorter second stage of labor, reduction of the number of attended births and interventions during labor, less pain, more satisfaction with the experience of birth; increased pelvic diameters; fewer episiotomies, fewer abnormalities of fetal heart rate and the use of gravity.

Conclusions: The SRL held refers numerous advantages related to women's freedom to adopt different positions during labor. There is evidence of a larger number of advantages in vertical positions in opposite to the lithotomy position. The use of the lithotomy position is discouraged. The restriction of the ability of women choosing physiological birth positions may have negative effects. Professionals ought to promote this freedom of choice during care and use women/couples birthing options, as a starting point for nursing care.

Keywords: birth*; labour*; second stage, position* and advantages.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

1.QUADRO DE REFERÊNCIA	15
2.CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	18
2.1 Liberdade de posições no segundo estágio de TP.....	20
3. FINALIDADE E OBJETIVOS	24
4. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	26
4.1 Metodologia e Plano de Trabalho	26
4.2 Análise dos artigos	28
4.3 Discussão dos resultados.....	28
4.4 Conclusão.....	35
4.5 Implicação para a prática do EESMO.....	37
4.6 Implicação para a Investigação.....	40
5.IMPLEMENTAÇÃO E CONSECUÇÃO DO PROJETO	42
5.1.Caracterização do local de estágio	42
5.2 Recursos	43
6.DESCRIÇÃO DOS OBJETIVOS, ATIVIDADES E RESULTADOS OBTIDOS	44
7. REFLEXÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	54

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÊNDICE I (Análise dos artigos)

ANEXO I (Dados estatísticos: INE-DGS/MS, PORDATA. Base de Dados Portugal Contemporâneo, (2011, 2012))

ANEXO II (Documento de Consenso “Pelo Direito ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada” Subscrito pela Direção Geral de Saúde, OE e APEO)

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº1 - Descritores utilizados e respetiva combinação.....	27
--	-----------

INTRODUÇÃO

O presente Relatório foi elaborado no âmbito da UC-Estágio com Relatório, do 2º ano/3º semestre do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Este relatório e a sua discussão pública, tem como finalidade ser um dos constituintes da avaliação para a conclusão da UC-Estágio com Relatório, para obtenção do título de Mestre e Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia. Tem como objetivo a análise e avaliação da implementação do projeto de estágio referente ao estágio com relatório, acerca do desenvolvimento de competências específicas de um EESMO, pela reflexão das intervenções e atividades desenvolvidas, avaliando-se assim o projeto e o percurso efetuado. Este Estágio com Relatório decorreu num Hospital Perinatal Diferenciado, compreendido entre 14 de Fevereiro a 12 de Julho de 2013.

O momento do parto, pela importância que tem no processo de transição para a parentalidade, exige que o cuidado de enfermagem seja especializado, competente e pertinente de forma a melhorar a abordagem e assistência no cuidado à grávida/casal neste período. Segundo a OE (2008), o conhecimento adquirido pela Investigação em Enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde. Profissionais de todas as áreas necessitam de uma base de conhecimentos a partir da qual possam exercer a sua prática e o conhecimento científico proporciona uma base especialmente sólida. Polit e Hungler (2004) referem que muitos enfermeiros participam de investigações de modo a desenvolver, aprimorar e ampliar a base científica do conhecimento que é fundamental à prática de Enfermagem.

No curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, parece importante a compreensão do comportamento da mulher/casal no contexto do TP e da influência que a ação do EESMO exerce durante este período e no período pré-natal, sendo que esta ação pode ser promotora de um parto normal, ou não. Como enfermeira, sempre me interessei pela natureza e capacidades naturais do corpo humano, na área da saúde reprodutiva. No contexto do meu desenvolvimento profissional tenho assistido a uma mudança no padrão de atuação

por parte dos enfermeiros na área da obstetrícia. Acredito que depende do esforço individual de cada um defender a natureza e fisiologia do corpo humano e atuar segundo as diretrizes internacionais da iniciativa ao parto normal, fato que levou ao desenvolvimento e implementação do projeto, baseado neste tema, no Estágio com Relatório.

A OMS (1997), define o Parto Normal como *“o parto que se inicia de forma espontânea, de baixo risco no início, e que se mantém assim até ao nascimento.”* (OMS, 1997, p.4). Através dos dados estatísticos do INE–DGS/MS, PORDATA (Dados de base Portugal Contemporâneo) (2011, 2012), verifica-se que ao longo do tempo tem ocorrido um processo de institucionalização e medicalização do parto (dados estatísticos encontram-se em anexo I), sendo que assim tem sido sistematicamente retirado poder à mulher sobre o seu corpo e sobre a sua capacidade de parir. A restrição de movimentos durante o TP por parte dos profissionais de saúde e a não livre opção da mulher pela posição escolhida no período expulsivo pode conduzir a uma experiência menos positiva ou até negativa do parto. Podem advir resultados negativos desta “imobilização”, que poderão afetar a saúde da díade e que contribuem efetivamente para um aumento dos custos em saúde. Em 1996 a OMS publicou um documento intitulado “Iniciativa ao Parto Normal”, com indicações específicas sobre a melhor forma de abordagem ao parto normal, com enfoque também sobre a vantagem da liberdade de movimentos e posições em situações de baixo risco. Está definido no regulamento das Competências Específicas do EESMO publicado pela OE (2010) que este, no seu exercício profissional, deve assumir *“intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, (...) em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, (...) em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher.”* (OE, 2010, p.2). Com base nisto podemos perceber que é da competência e responsabilidade do EESMO o cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o TP, que em situações de baixo risco deve ser apoiado com base nos princípios e diretrizes do parto normal. Segundo Rabelo e Oliveira (2010), a compreensão da competência da Enfermeira Obstétrica para assistir o parto

normal hospitalar, como resultado de habilidades e saberes de humanização, sugere uma concepção de competência que supera a dicotomia tradicionalmente existente entre cuidar da mulher e cuidar da gestante. Reconhecida a individualidade de cada mulher em TP, admite-se, a especificidade das suas necessidades e as particularidades de cada situação, ampliando o rol de saberes e competências que foram mobilizadas no processo de cuidado. Trazida ao contexto da prática obstétrica, esta competência pode promover uma assistência menos massificada e autoritária, onde as mulheres possam ocupar uma posição mais autónoma do que a que caracteriza o cenário do parto na atualidade. O ICM juntamente com a RCM (2011), na *“campanha de incentivo ao parto normal – 10 dicas fundamentais”* defendem que *“a gravidade é a maior aliada durante o TP e o parto. Na sociedade, no entanto, as mulheres dão à luz deitadas e de costas, por razões históricas e culturais que já estão obsoletas.”* Partindo desta premissa a ICM e RCM (2011) defendem ainda que *“é preciso ajudá-las a entender e a testar posições alternativas durante o período pré-natal, e propiciar condições para que elas se sintam livres para adotar diferentes posições no TP e no parto em si. Quando a parturiente estiver confortável, evite fazê-la mudar de posição, a não ser que ela deseje ou que a posição seja inadequada para o feto - e não por razões organizacionais. Se for realmente necessário fazer um exame vaginal, é possível realizá-lo com ela sentada numa cadeira.”*

O Estágio com Relatório decorreu assim, assente nesta problemática por mim escolhida, baseada na evidência científica das vantagens da liberdade de posições durante o segundo estágio do TP, como um dos aspetos potenciadores e efetivadores do parto normal. Segundo Fraser e Cooper (2010), o segundo estágio do TP é visto como *“a fase entre a dilatação completa do orifício do colo e a expulsão do bebé”* (Fraser e Cooper, 2010, p.301). Penso que o estudo desta temática é bastante pertinente para o desenvolvimento das competências do EESMO, no sentido da promoção do parto normal, menos intervencionista e medicalizado, assente na premissa da capacidade humana e natureza do corpo capaz da sua ação. Neste sentido foi importante desenvolver no decurso da minha formação ações que potenciaram este aspeto.

Quivy (1998) citado por Vilelas (2007) refere que *“de um modo geral, as pesquisas começam com uma pergunta formulada de uma maneira provisória em relação ao objeto do estudo, ou seja, uma pergunta de partida. Esta deverá ser precisa, concisa e unívoca, realista, e ser uma verdadeira pergunta.”* (Vilelas, 2007, p.50). Assim, a minha pergunta de partida foi *“quais as vantagens para a parturiente decorrentes da liberdade de posições durante o segundo estágio do TP, no contexto do parto normal?”*. Para dar resposta a esta pergunta de partida, foi realizada primeiramente uma recolha de fundamentação teórica referente aos fundamentos do parto normal e acerca da liberdade de posições durante o segundo estágio do mesmo e uma RSL sobre o tema. Após este estudo foram projetadas as ações de enfermagem pelo EESMO para o alcance dos objetivos e pressupostos do parto normal, com especial enfoque na liberdade de posições durante o segundo estágio do TP.

Segundo a Legislação da OE as competências específicas do EESMO, desenvolvidas neste Estágio com Relatório foram *“cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal; Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP; Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal”* (OE, 2012, p.1). Neste contexto foi pertinente dar resposta aos objetivos propostos pela ESEL, referentes às diretivas da União Europeia (artigo 27º da Diretiva 89/594/CEE de 30 de Outubro de 1989), no contexto do estágio com relatório. Pretendeu-se assim desenvolver competências que possibilitem a prestação de cuidados de enfermagem especializados à grávida/casal/RN inseridos na família, na comunidade e em contexto hospitalar, de forma a potenciar a saúde durante o período pré-natal, TP e parto e período pós-natal, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade, promovendo cuidados de qualidade culturalmente sensíveis. Pretendeu-se também o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados no âmbito do parto normal, através da promoção da liberdade de posições durante o segundo estágio do mesmo. Foi este objetivo geral, aliado à temática desenvolvida, que permitiu e execução do projeto e sustentou a realização do estágio.

Pretende-se assim com este Relatório a descrição e reflexão acerca competências desenvolvidas ao longo deste estágio, tendo por base o tema do projeto como área de desenvolvimento e atuação específica. Considerei importante desenvolver competências na área de promoção do parto normal visto que é a promoção deste que fundamenta a minha ação, pois segundo Leite (2010) *“(...) a assistência na gravidez e no parto assenta nos seguintes pressupostos: O nascimento é um processo fisiológico, no qual só se deverá intervir para corrigir desvios da normalidade; Os profissionais de saúde que nela participam são o garante de um ambiente de confiança, segurança e privacidade, que respeita o direito à informação e decisão esclarecida, à individualidade, dignidade e confidencialidade das mulheres.”* Leite (2010, p.17). Ainda segundo este autor *“verifica-se que, apesar de 90% dos partos acontecerem em hospitais do Serviço Nacional de Saúde, temos taxas de cesarianas superiores a 20%, havendo a tentação de tratar todas as parturientes de modo rotineiro, com elevado grau de intervenção, mesmo nas situações de baixo risco obstétrico.”* (Leite, 2010, p.17). A EMA citada pela APEO e a FAME refere que *“uma mulher deve poder dar à luz num ambiente que reforce os aspetos fisiológicos normais (...) tem direito a assistência médica adequada caso ocorram complicações durante o parto (...) têm direito ao cuidado das parteiras durante a fase da pré-conceção, da gravidez, do parto e do pós-parto. Este cuidado deve incluir a análise das preferências e opções da mulher relativamente a todos os aspetos da experiência do nascimento (...) ser sensível às suas crenças, valores e tradições específicas.”* (APEO e a FAME, 2007, p. 9-10) Assim, abordagem ao parto normal foi trabalhada no contexto do bloco de partos, através de intervenções defensoras do parto normal, com enfoque na promoção da liberdade de posições no segundo estágio do TP.

Relativamente à estruturação deste relatório, será feita primeiramente a abordagem ao quadro de referência que orienta a prática. Posteriormente será feita a contextualização da problemática acerca da liberdade de posições no segundo estágio do TP. De seguida será apresentada a finalidade e objetivos, seguidos da RSL realizada. Posteriormente será descrita a implementação e consecução do projeto bem como a descrição dos objetivos, atividades e resultados obtidos. Por último será feita uma reflexão e análise dos resultados. As referências bibliográficas

apresentadas são referentes ao projeto implementado, à RSL, e à contextualização da problemática. Em apêndice encontra-se a descrição dos artigos utilizados na RSL e em anexo os dados estatísticos referentes aos partos em Portugal seguido do documento de consenso “Pelo Direito ao Parto Normal – Uma Visão Partilhada”.

1. QUADRO DE REFERÊNCIA

Para uma melhor compreensão do processo de adaptação à maternidade e as transformações pelas quais a mulher passa nesta fase da vida, optou-se por escolher uma teoria de enfermagem que sustente o cuidado de enfermagem especializado de forma a uma melhor compreensão deste processo. Assim, após a pesquisa realizada, penso que a teórica de enfermagem que mais se adapta a este projeto é Afaf Meleis que aborda a maternidade como uma transição não só na vida da mulher como também na vida do casal. Para Canavarro (2001) citado por Meireles e Costa (2005) *“numa perspetiva desenvolvimental, é consensual que, ao longo do ciclo de vida, as pessoas encontram numerosos períodos de transição que envolvem a atualização do autoconceito e das relações com os outros significativos.”* Meireles e Costa (2005, p.76). Ainda segundo Meireles e Costa (2005), a gravidez e a maternidade apresentam-se como uma das tarefas desenvolvimentais mais significativas da idade adulta. De facto, a gravidez envolve a reorganização ao nível biológico, cognitivo, emocional, relacional e social. Esta reorganização transforma a relação da mulher com o seu corpo, o seu *self*, as suas figuras significativas e a sua comunidade, constituindo-se assim como uma transição desenvolvimental. Nesta perspetiva, o parto surge como o momento final de todo um processo de transição para a maternidade, que se pretende que seja uma experiência positiva levando ao sucesso desta mesma transição. Segundo Meleis (2010) uma transição é a passagem de uma fase da vida, situação ou status para outro, sendo este um conceito complexo que envolve elementos como processo, intervalo de tempo e percepção. O processo sugere etapas e sequência, o intervalo de tempo remete para o período do acontecimento e a percepção que está relacionada com o significado da transição para a pessoa que a experiencia. O processo envolve tanto a perturbação que a transição implica como as respostas utilizadas para superar a transição. As transições no desenvolvimento humano são entendidas como um fenómeno complicado e ativo que envolve uma série de fases de crescimento e podem ser previsíveis ou imprevisíveis, esperadas ou inesperadas, desejadas ou antecipadas, podendo influenciar a saúde e o bem-estar do ser humano. Também para Meleis (2010), a forma como cada um lida com as transições na sua vida depende de vários fatores como a personalidade, a cultura, o ambiente, o estatuto socioeconómico, os

conhecimentos que tem, os mecanismos de coping, o apoio familiar e social, entre outros.

De acordo com Meleis et al., uma transição leva à reestruturação de novos objetivos, comportamentos e de novas responsabilidades. Para se iniciar e ultrapassar uma transição deve-se estar consciente da sua realidade, pois caso contrário esta poderá não se iniciar, já que ainda não nos apercebemos da mesma. O compromisso que temos com a transição é demonstrado através do envolvimento nos vários processos inerentes à transição, como por exemplo, a procura de informação, sendo que “the level of awareness influences the level of engagement” (Meleis et al, 2010, p.19). Assim, após a noção, a percepção e o compromisso, vem a mudança, pois “all transitions involve change (...)” (Meleis et al, 2010, p.19). Ainda segundo esta autora, todas as transições estão associadas a eventos marcantes e a pontos críticos que levam a que as transições possam não ser ultrapassadas da forma mais saudável. São descritas quatro tipos de transições, as de desenvolvimento, como por exemplo, a adolescência, a menopausa, ser mãe, entre outros. Transições de saúde-doença, situacionais, e organizacionais. Contudo o tipo de transição que neste contexto interessa é aquele desencadeado por mudanças no desenvolvimento humano, já que o tema abordado é o processo de gravidez saudável que se pretende que culmine numa experiência de parto normal. Segundo Meleis et al (2010), a transição para a parentalidade é o maior evento de desenvolvimento da vida. Tornar-se mãe/pai implica passar de uma realidade atual e conhecida para uma realidade desconhecida. Ser mãe e pai é uma transição e a experiência de um parto normal é um dos pontos fulcrais na ocorrência desta transição, sendo influenciada por vários fatores como: ser uma gravidez desejada, planeada, antecipada e esperada, ou não, a idade materna, o estatuto socioeconómico, a escolaridade e conhecimentos, a percepção de experiência do nascimento, o suporte emocional, o estado de saúde, o *stress* social. Um outro fator muito importante é referente ao apoio dos profissionais de saúde em especial o EESMO, no respeito pela individualidade da mulher e na promoção de uma experiência de parto natural e mais positiva. Todos estes fatores vão influenciar o novo papel parental que a mulher irá assumir assim que o bebé nascer. Neste contexto o parto é também uma transição, pois implica mudanças e transformações

e implica que a mulher tenha apoio e que seja detentora de capacidades que lhe permitam concretizar este momento da melhor forma. A mulher só consegue ter uma experiência positiva de parto se durante a transição para a maternidade esta conseguir ultrapassar os vários processos de uma forma positiva. De acordo com Meleis et al (2010), se a percepção do desempenho do seu papel é vista como inadequada pelo próprio e pelos seus significantes, então esta percepção é denominada de insuficiência de papel. Este facto pode ocorrer se a mulher sentir que não é capaz de parir e que necessitar de ajuda de outros para este ato. O facto de a mulher ter dificuldades no que diz respeito ao conhecimento ou desempenho do seu papel no contexto do TP faz com que exista uma insuficiência de papel por parte dela, ou seja, a mulher não reúne as condições ou não tem estratégias para fazer esta transição de forma saudável. Daí a importância de promover as suas capacidades naturais para parir, de respeitar a sua liberdade para tomar decisões em adotar diferentes posições, apoiando e enfatizando a sua capacidade e competência.

Segundo Meleis (2010), a suplementação de papel é um processo deliberativo de identificação de insuficiência de papel ou possível insuficiência de papel. A suplementação de papel tanto pode ser preventiva na medida em que alerta para os comportamentos e atitudes esperadas para o desempenho, neste caso, da função de parir, como pode ser terapêutica. Neste contexto, constitui uma maneira de clarificar papéis antecipando transições, atuando como medida preventiva. Este aspeto pode ser observado durante o processo de preparação para o parto, onde o enfermeiro assume o papel de promover o parto normal respeitando a liberdade de escolha de posições durante o mesmo, ajudando o mulher a criar condições que num todo lhe permitam realizar uma transição saudável.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

O parto é sem dúvida um acontecimento importante e marcante na vida de uma mulher/casal, inserido numa determinada cultura e num determinado espaço de tempo. Desta forma o seu modelo de assistência e abordagem tem evoluído ao longo dos tempos, sempre com o objetivo de melhorar a saúde perinatal. Neste contexto a OMS (1997) define Parto Normal por *“parto de início espontâneo, de baixo risco no início, mantendo-se assim até ao nascimento. A criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e as 42 semanas completas de gravidez. Depois do parto a mãe e o bebé apresentam-se em boa condição.”* (OMS, 1997, p.4). A APEO e FAME (2007), por sua vez definem parto normal como um *“processo fisiológico único com o qual a mulher finaliza a sua gravidez de termo, em que estão implicados fatores psicológicos e socioculturais. O seu início é espontâneo, evolui e termina sem complicações, culminando com o nascimento e não implica mais intervenções que o apoio integral e respeitoso do mesmo.”* (APEO e FAME, 2007, p.20). Apesar das diferentes definições para parto normal adotadas pelos diversos organismos, podemos perceber que está sempre implícito o processo fisiológico em si, bem com a espontaneidade e a minimização de intervenções.

Segundo a OMS (1997) *“(...) as décadas recentes viram uma rápida expansão no desenvolvimento e utilização (...) de práticas criadas para iniciar, aumentar, acelerar, regular ou monitorizar o processo fisiológico do TP, com o objetivo de melhorar os resultados para mães e bebés, mas também para padronizar o trabalho nos partos institucionais.”* (OMS, 1997, p.1). Também a APEO e FAME (2007) referem que *“(...) na atualidade, apesar da relevância dada ao conhecimento baseado na evidência científica, ainda existem costumes e preconceitos que influenciam e condicionam a mudança de conduta dos profissionais de saúde no parto.”* (APEO e FAME, 2007, p.13). Mencionam ainda que as vantagens do parto normal são imensas sendo difícil a sua enumeração, pois *“a natureza segue o seu rumo, o bebé nasce no tempo certo, adaptando-se com maior facilidade à vida extra-uterina, podendo mamar logo após o nascimento e ser aconchegado de imediato pela sua mãe.”* (APEO e FAME, 2007, p.13)

Segundo a OE e a APEO (2010) *“todos os profissionais de saúde devem formar-se segundo um modelo de assistência, de modo a que o mesmo constitua um marco de referência dos cuidados de saúde que preconizam”* (OE e a APEO, 2010, p.20). Este modelo de assistência baseia-se em princípios defensores do parto normal com intuito de promover a saúde e bem-estar de todas as mães e bebés durante a gravidez, o parto e amamentação. A abordagem ao parto normal tem em conta aspetos como o plano de nascimento, o ambiente físico no parto, as necessidades de pessoal na assistência ao parto normal, os períodos de parto, a fase de dilatação e as práticas habituais (recurso ao partograma) bem como as posições adotadas durante a dilatação, a nutrição no parto, a avaliação do bem-estar fetal intraparto, o uso de técnicas complementares para o alívio da dor no parto, o apoio no parto, as manobras usadas e desaconselhadas no período explosivo, as posições no período expulsivo, os cuidados ao períneo, o processo de dequitação e por fim a assistência imediata ao RN. Todas estas premissas partem inicialmente de um plano de parto, que segundo a APEO e FAME (2007) *“é um documento escrito em que a mulher gestante manifesta e deixa claro os seus desejos e expectativas para o momento do parto e nascimento do seu bebé. (...) Quando uma mulher manifesta a sua inquietação por ter um parto normal, a parteira que a acompanha durante a gravidez, deverá facilitar-lhe a elaboração de um plano de nascimento.”* (APEO e FAME, 2007, p.25). Neste contexto podemos perceber que existem diversos aspetos a serem abordados no contexto do parto normal, sendo que a liberdade de posições no segundo estágio é apenas uma delas. Segundo a OE e a APEO (2010), deverão ser fomentadas práticas específicas, apoiadas na evidência científica, benéficas na promoção do processo fisiológico do TP, nascimento e pós-parto, incluindo: Respeitar o ritmo do TP; Utilizar o Partograma para registar o processo do TP; Oferecer acesso a líquidos claros a gosto durante o TP; Apoiar a liberdade de movimentos da mulher oferecendo-lhe instrumentos que possibilitem a posição vertical; Possibilitar o contacto pele a pele imediato e prolongado, promovendo os processos de vinculação e de amamentação.

2.1 Liberdade de posições no segundo estágio do TP

Segundo APEO e FAME “o segundo período/estádio do TP divide-se em duas fases: fase primária ou não expulsiva e fase avançada ou expulsiva”, “O período expulsivo é o segundo período do TP que se inicia quando o colo do útero está totalmente dilatado” (APEO e FAME, 2007, p.77,79)

Para Shilling e DiFranco “a liberdade de movimento é importante para que o nascimento do bebê seja mais fácil. É a melhor forma de usar a força da gravidade para ajudar o bebê a descer, e a aumentar o tamanho e forma da pélvis. Permite também que a mulher responda melhor à dor e poderá acelerar o processo de TP.” (Shilling e DiFranco, 2003, p.1). De acordo com a Cochrane Pregnancy And Childbirth Group, com base em estudos sobre cuidados baseados na evidência científica, estes demonstram que a habilidade de uma mulher em TP, em mover-se livremente e escolher a sua própria posição, é mais benéfica para esta e para o seu bebê. A atividade promove distração e reduz o desconforto, aumentando o sentido de liberdade pessoal e a oportunidade de libertar a tensão dos músculos que aumentam a dor. Estudos demonstram que quando a mulher se movimenta livremente e sem restrições, ela encontra posições que lhe são mais confortáveis. Assim, a mulher ao mudar posição com maior frequência, sem direção, e ao ouvir os sinais do seu próprio corpo, vai passar e adotar posições, como de pé, de cócoras, cócoras, sentada, de joelhos, etc., que lhe são mais confortáveis. Shilling e DiFranco, face à questão “porque é que o movimento ajuda no TP?”, estes respondem afirmando que “o útero responde ao movimento trabalhando com maior eficiência. As posições que uma mulher opta por conveniência, em geral, ajudam a progredir na etapa em que o bebê desce pelo canal do parto. Estudos têm demonstrado que as mudanças de posições podem ser usadas para ajudar o bebê a rodar e passar através da pélvis como é necessário durante o parto.” (Shilling e DiFranco, 2003, p.1). Assim, durante o parto, embora os hospitais não tenham políticas que restrinjam as mulheres em TP de ficar na cama, a utilização por rotina do cardiotocógrafo de forma contínua e o uso de perfusões endovenosas tais como soros e drogas para induzir ou acelerar o trabalho de TP, assim como a analgesia epidural, podem limitar os movimentos da mulher durante a dilatação e no período expulsivo, confinando-a à cama. Quando

este tipo de intervenções se torna estritamente necessário, a mulher deve ser orientada no sentido de se poder mover e adotar posições da forma que melhor conseguir. Assim, a mulher ao utilizar *“uma variedade de posições durante a segunda etapa do TP permite-lhe responder às mudanças na posição do bebé enquanto este desce, gira e realiza todo um esforço para nascer.”* (Keen e DiFranco, 2003, p.1). Assim as posições que a mulher escolhe consequentemente aumentam o seu conforto e facilitam o processo de nascimento, sendo que cada posição tem as suas vantagens e desvantagens. À luz das diretrizes da Mother’s Advocate pela Lamaze Internacional (2009), a adoção de posições verticais no segundo estágio do TP, tais como de pé, de joelhos, de cócoras ou deitada de lado, fomenta a ação da gravidade, a qual tem como vantagem permitir que os ossos pélvicos fiquem libertos e com maior abertura para ajudar o bebé a descer. Isto torna toda a fase expulsiva do TP mais curta e fácil para a mulher e o seu bebé. Existe também evidência sobre as desvantagens da posição de litotomia. Para Fraser e Cooper *“existe evidência de que se a mãe ficar deitada sobre as suas costas, a compressão da veia cava é maior, resultando em hipotensão. Isto pode levar à redução da perfusão placentária e à diminuição da oxigenação fetal.”* (Fraser e Cooper, 2010, p.303). Quando é promovida a liberdade de posições, as mais adotadas pelas mulheres durante o período expulsivo são a posição vertical de pé, posição vertical de cócoras, posição vertical de joelhos, posição semi-sentada em cama obstétrica e a posição lateral ou Sims. Decorrentes destas posições existem vantagens e desvantagens e a mulher optará por aquela que mais lhe convier e for confortável. Fraser e Cooper (2010) referem ainda acerca das diferentes posições adotadas que a preferência instintiva da mãe deve ser sempre a consideração principal: posição semi-deitada ou sentada-suportada, com as coxas em abdução – esta é a postura mais comumente usada nas culturas ocidentais; de cócoras; de joelhos em quatro apoios ou de pé; evidência radiológica demonstra um aumento médio de 1 cm no diâmetro transversal e 2 cm no diâmetro ântero-posterior do estreito inferior da pelve quando é adotada a posição de cócoras; posição lateral esquerda – um assistente pode ser necessário para suportar a coxa direita, o que pode não ser ergonómico, no entanto é uma posição alternativa para mulheres que acham difícil manter as coxas em abdução.

A APEO e FAME (2007) afirmam que as posições alternativas às de supina apresentam uma série de vantagens evidentes, comparativamente com a de

litotomia. As vantagens são o encurtamento do segundo estágio do TP, pela ampliação dos diâmetros da pelve e pela utilização da gravidade; diminuição da dor e da necessidade de analgesia, pela possibilidade da adoção da posição mais confortável para a parturiente; aumentando do fluxo de endorfinas com consequente diminuição da sensação dolorosa. As posições verticais, sentada ou de joelhos parecem reduzir a dor lombar e melhoram a dinâmica uterina. Outras vantagens são a diminuição de partos instrumentados e de cesarianas, pela melhoria da estática fetal, com menor percentagem de padrões anómalos da frequência cardíaca fetal pela diminuição do risco de compressão dos grandes vasos e uma melhor oxigenação fetal. Por último a diminuição da percentagem de episiotomias. Segundo Keen e DiFranco *“as posições verticais, tais como de pé, de joelhos ou de cócoras aproveitam a força da gravidade para ajudar o bebé a descer. (...) de acordo com a Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, (...) o uso de posições verticais, deitada de lado, em comparação com as posições de supina ou de litotomia (deitada, com os pés nas pernas) está associada aos seguintes resultados: redução da duração da segunda etapa do TP, redução de partos instrumentados e redução de episiotomias, relatos de redução da dor intensa, baixos padrões de frequência de anormalidades cardíacas fetais (...)”* (Keen e DiFranco, 2003, p.1). Ainda estes autores, nas recomendações de Lamaze Internacional, aconselham que a parturiente *“escolha as posições verticais ou a posição lateral no momento do nascimento.”* (Keen e DiFranco, 2003, p.1). O casal deve conhecer e praticar várias posições para a segunda fase do TP durante as sessões de preparação para o parto. Durante o parto a mulher deverá “ouvir” o seu corpo e escolher as posições de parto nas quais se sente mais confortável, com a confiança de que a resposta para o que está a sentir, está a facilitar o nascimento do bebé. À luz destes pressupostos, *“deve deixar-se que as mulheres adotem a posição no parto que seja mais confortável para si”* e ainda *“há que favorecer a utilização de posições verticais”*. (APEO e FAME, 2007, p.83). Nos casos em que a mulher deseja parir na cama, utilizar-se-ão as camas normais ou a cama obstétrica automática, evitando a posição de litotomia. De acordo com Hanson *“a utilização de posições de não-litotomia é uma forma não tecnicista que melhora o processo normal do nascimento.”* (Hanson, 1998, p.328)

Está assim demonstrado que as posições verticais no período expulsivo têm benefícios evidentes e que por esse facto *“as parteiras devem ter experiencia em assistir partos em diferentes posições e devem orientar a mulher sobre a posição que mais lhe convém.”* (APEO E FAME, 2007, p.83-85). Segundo Terry e Kelly (2006), as posições não supinas durante o parto demonstraram ter vantagens clínicas, sem riscos para mãe e para o bebé.

Relativamente às condições ambientais Feroza e Saleha (2011), afirmam que a escolha de posições durante o parto e nascimento tem um enorme impacto sobre os níveis de conforto de uma mãe durante o processo de nascimento, e que a percepção do profissional de saúde tem um impacto significativo sobre as escolhas das mulheres acerca da posição durante o parto. Estudos defendem ainda que as instalações hospitalares devem oferecer recursos alternativos para as diferentes posições de parto. Assim, a Gestão Hospitalar e o EESMO, pela sua competência de *“cuidar a mulher inserida na família e comunidade o durante o TP”* (OE, 2012, p.1), deve assegurar que as mulheres sejam apoiadas a escolher e adotar a posição que desejarem, promovendo a liberdade de movimentos e posições durante o mesmo.

3. FINALIDADE E OBJETIVOS

Para Faustino e Coelho (2005), o trabalho quotidiano desenvolvido pelo enfermeiro com a díade/tríade deve incluir a compreensão do processo parental no sentido de ajudar a família na transição para a maternidade/paternidade. A avaliação das necessidades de aprendizagem da mulher/casal deve ser sistemática, para que não ocorra a tentação do enfermeiro utilizar as suas perceções do que se constitui como informação essencial para esta fase da vida. Isto deve-se ao facto da individualidade de vida de cada mulher se traduzir também nas dúvidas que apresenta, ou mesmo na forma como interpreta a vivência da sua gravidez, o que faz com que precise de uma resposta igualmente individualizada por parte do enfermeiro. É assim fundamental dar oportunidade ao casal para que este possa definir e explicitar quais as suas dúvidas, receios e verdadeiras necessidades, para que ocorra uma troca de informações e experiências entre o EESMO e o casal. Cabe ao EESMO durante os meses de gravidez potenciar o processo de comunicação, permitindo à mulher/casal total liberdade para expressar o que sente, o que pensa acerca desta sua experiência e assim ajudar desde logo na preparação para o TP, através da elaboração do plano de parto. O apoio emocional surge nesta etapa da vida, como função do EESMO, e implica sem dúvida capacidade de escuta, de interação e de compreensão empática, das perspetivas, dos desejos e de todo o processo em si.

Este relatório baseou-se no projeto que teve como finalidade orientar a minha formação na unidade curricular estágio com relatório, na implementação de intervenções de enfermagem especializadas tendo por base o desenvolvimento de competências de EESMO, incidindo no respeito pelas preferências da mulher no sentido de promover a liberdade de posições durante o segundo estágio do mesmo, promovendo e defendendo um dos aspetos do parto normal. Quero com isto dizer que foram desenvolvidas competências especializadas em enfermagem de saúde materna e obstétrica, através do estudo realizado sobre o tema em questão e consequente prática dos seus resultados, no âmbito da promoção e iniciativa ao parto normal. Foram assim trabalhados diversos aspetos de abordagem ao parto normal, com enfoque na promoção da liberdade de posições no segundo estágio do

TP, através de intervenções específicas do EESMO e de forma mais objetiva nesta UC – Estágio com relatório.

Fortin (1999), citado por Vilelas define objetivo como *“um enunciado declarativo que evidencia as variáveis utilizadas, a população e o assunto da investigação”*. (Vilelas, 2007, p.53). Considero então, que a delineação dos objetivos tem uma importância fulcral para o sucesso de qualquer investigação, na medida em que permite uma melhor estrutura e organização da mesma. Também Almeida (1998) citado por Vilelas refere que o *“objetivo da investigação determina o que o investigador quer atingir com a realização do trabalho de pesquisa”*. (Vilelas, 2007, p.52). Segundo Fortin, qualquer investigação tem início com o aparecimento de uma situação encarada como problemática. Assim, surge um problema de investigação que se expressa sob forma de uma interrogação relativa ao problema a examinar e a analisar, tendo como objetivo a aquisição de novas informações. *“Formular um problema de investigação é definir o fenómeno em estudo através de uma progressão lógica de elementos, de relações, de argumentos e de factos”* (Fortin, 2000, p.58)

Assim a pergunta de investigação colocada foi:

“Quais as vantagens para a parturiente, decorrentes da liberdade de posições no 2º estágio do TP?”

A Revisão Sistemática da Literatura realizada para dar resposta a esta problemática encontra-se de seguida. O conhecimento científico produzido neste tipo de estudo e a sua análise é bastante importante, pois é ele que sustenta a prática baseada na evidência pelo uso consciente e intencional de resultados de investigação e de informação baseada em teorias, para tomar decisões sobre os cuidados a prestar àqueles de quem cuidamos.

4. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

A presente RSL foi elaborada no âmbito da Unidade Curricular Opção I, do 2º ano/3º semestre do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Esta tem como finalidade a obtenção dos resultados da evidência científica, que possam induzir uma mudança na prática de cuidados nesta área, com vista à obtenção de melhores resultados e experiências na vivência do parto. Inicialmente será feita a abordagem metodológica e plano de trabalho, seguida da análise dos artigos e posteriormente a apresentação dos resultados e discussão dos mesmos. Logo após serão feitas as conclusões e referidas as implicações para a prática do EESMO, bem como as implicações para a investigação. As tabelas com os artigos selecionados para esta RSL, encontram-se no (apêndice I) do relatório de estágio.

4.1 Metodologia e Plano de Trabalho

A RSL teve como ponto de partida a formulação de uma pergunta de investigação. Assim, o ponto de partida para a realização desta RSL foi a formulação da pergunta de investigação em formato PICO: P: População (PARTURIENTES); I: Intervenção (LIBERDADE DE POSIÇÕES); O: resultado (VANTAGENS), sendo esta **“Quais as vantagens para a parturiente, decorrentes da liberdade de posições no segundo estágio do Trabalho de Parto?”**

Para Fortin (2000), a fase metodológica é aquela em que o investigador determina os métodos que vai utilizar para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas. Assim, na pesquisa da literatura científica relevante para a presente investigação, no mês de Março de 2013, foi utilizado o motor de busca eletrónico EBSCOhost para acesso às bases de dados como método para a obtenção de artigos/documentos científicos para a revisão sistemática, nomeadamente: *CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register.*

Privilegiou-se, como critérios de inclusão, os artigos com texto integral, entre 2005 e 2013, com foco na problemática escolhida, com recurso a metodologia quantitativa

e/ou qualitativa ou revisões sistemáticas da literatura, procurando concordância com o tema em estudo e, por inerência, com a questão PlcO, chegando-se assim à constituição do corpus de análise. Nos critérios de exclusão foram inseridos todos os artigos repetidos na base de dados, ou com ano anterior a 2005 e sem relação direta com o objeto em estudo. De acordo com a temática foram selecionados os seguintes descritores: **birth***; **labour***; **second stage**; **position***; **benefits or advantages or outcomes**. Estes foram combinados através das expressões booleanas AND e OR da seguinte forma: (Tabela nº1). Foram também efetuadas variações na forma de pesquisa verificando-se a obtenção no mesmo número e tipo de estudos.

Tabela nº1 - Descritores utilizados e respetiva combinação

Descritores	Nº de Artigos
(S1): birth*	53,543
(S2): (labour*) OR (S1)	57,992
(S3): (second stage) AND (S2)	306
(S4): (position*) AND (S3)	60
(S5): (benefits OR advantages OR outcomes) AND (S4)	24

A primeira amostra foi selecionada através da leitura do título e do resumo, sendo submetida a uma primeira triagem, com a utilização dos critérios de inclusão. Foram excluídos 15 pela sua não concordância com o tema e repetição dos mesmos na base de dados. Da triagem efetuada, resultaram 9 artigos com pertinência e inerência ao tema em estudo. Após a leitura integral dos mesmos, um destes foi ainda excluído. Assim a análise incidiu sobre 8 artigos.

4.2 Análise dos artigos

Para tornar perceptível a metodologia utilizada, é apresentada a análise dos 8 artigos que constituíram a base da elaboração da discussão e respectivas conclusões, que se encontram em apêndice I.

4.3 Discussão dos Resultados

A revisão sistemática da literatura permitiu identificar 4 Revisões Sistemáticas da Literatura, 2 Estudos Randomizados Controlados, 1 Estudo Comparativo e 1 Ensaio Clínico Randomizado. Os autores dos artigos cuja metodologia consistiu numa revisão sistemática da literatura, tais como, Kemp (2012), Gupta (2012), Romano (2005), Priddis, Dahlen e Schmied (2012), tiveram como resultados principais a descrição de diretrizes fundamentais para adoção de posições livres durante o TP. Os restantes estudos analisaram os resultados para a parturiente, sobre diversos parâmetros, resultantes da comparação de diferentes tipos de posições durante o TP. Uma vez que o objetivo não foi identificar as diferentes posições existentes, mas as vantagens da liberdade da adoção das mesmas durante o TP, parece pertinente agrupar os resultados em termos de vantagens/benefícios e não em termos de posições.

Foram estudadas pelos diferentes autores dos estudos analisados, as vantagens de algumas das posições, no entanto de uma forma geral estas podem ser diferenciadas em posições verticais e posições de supina/litotomia. Todos os estudos descrevem vantagens e defendem a adoção de posições verticais no segundo estágio do TP. Assim sendo, e tendo em conta a pergunta de partida, procede a discussão dos resultados dos diferentes artigos, objetivando as vantagens/benefícios para a parturiente, decorrentes da liberdade de posições no segundo estágio do TP.

Uso de posições verticais durante o TP

Uma das vantagens da liberdade de posições no segundo estágio do TP é a possibilidade da mulher adotar posições verticais usufruindo das suas vantagens. Assim o benefício do uso de posições verticais foi referido por Romano (2005), Gupta (2012), Priddis (2012), Thies-Lagergren, Kvist, Christensson, Hildingsson (2012) e Thies-Lagergren, Kvist, Sandin-Bojo, Christensson e Hildingsson (2013).

Grupta (2012), conclui na sua revisão sistemática que para as mulheres que pariram numa posição vertical, quer sejam primíparas ou multíparas, houve uma redução significativa do numero de partos assistidos; uma redução do nº de episiotomias e menos padrões anormais do ritmo cardíaco fetal anormal; redução do número de intervenções e taxas de assistência ao parto e menor execução de episiotomia. Este afirma ainda que *“no deleterious effects to the mother or fetus of delivery in the upright posture have been demonstrated.”* (Gupta, 2012, p.12).

Outras vantagens são apontadas nos estudos tais como *“upright birth positions improve contractions, make pain easier to handle and enhance shorter duration of labour, and should therefore be used as an intervention to facilitate a straightforward birth”* (Thies-Lagergren, et al., 2012, p.4)

Priddis, faz referência à redução da duração do segundo estágio do TP quando as parturientes adotam posições verticais e afirma que *“research demonstrates that women (...), experience less intervention, and report less severe pain and increased satisfaction of their childbirth experience than women in semi recumbent or supine/lithotomy positioning.”* (Priddis, 2012, p.104)

Redução da duração do segundo estágio do TP

Uma vantagem evidenciada nos estudos foi a menor duração do segundo estágio do TP, associada às posições verticais. Assim a redução da duração do segundo estágio do TP foi referida por Thies-Lagergren, et al. (2013), assim como por Gupta, ao referir que *“no significant difference in duration of second stage was found with the birth chair or birth/squatting stool”* (Gupta, 2012, p.11). Ou seja, ocorre uma redução no tempo de duração do segundo estágio do TP quer a mulher esteja na posição sentada no banco de parto ou na posição de cócoras, sendo que estas

duas posições se enquadram nas posições verticais. Também Thies-Lagergren, et al., concluiu que *“women allocated to the birth seat had a significantly shorter second stage of labour despite similar numbers of women who received synthetic oxytocin augmentation in both groups (...)”* (Thies-Lagergren, et al., 2012, p.2)

Redução do número de intervenções durante o TP

São também descritos nos estudos analisados benefícios/vantagens referentes à redução do número de intervenções durante o TP. Assim esta vantagem foi referida por Romano (2005, 2006), Thies-Lagergren, et al. (2012), Gupta (2012) e Thies-Lagergren, et al., citando Gardosi, et al. (1989), De Jonge et al., (1997), De Jonge et al., (2008), Bodner-Adler et al., (2003) e Gupta e Hofmeyr (2004), referindo que *“upright positions during birth can benefit the birthing woman by allowing (...) less interventions (...)”* (Thies-Lagergren, et al, 2013, p.344). É referido também que *“studies of upright positions report lower rates of obstetric interventions, especially instrumental delivery.”* (Romano, 2005, p.51). Também Priddis, et al. (2012) refere que os estudos de investigação demonstram que as mulheres que utilizam posições verticais durante o TP, experienciam menos intervenções.

Melhoria dos esforços expulsivos espontâneos

Este benefício foi referido por Thies-Lagergren, et al., (2013), que defende que as posições verticais, como por exemplo de sentada no banco de parto ou de cócoras, pela sua verticalidade, facilitam os esforços expulsivos espontâneos, aspeto atualmente defendido pela OMS.

Melhor progressão do TP

Esta vantagem foi referida por Romano (2006), Thies-Lagergren, et al. (2012) e Thies-Lagergren, et al., (2013) citando Romano e Lothian (2008), ao referir que *“labour and birth will possibly progress more efficiently when the birthing woman acts in accordance with her body's signals, assuming upright positions or changing position frequently to find the best fit for the fetus through the pelvis”*. (Thies-Lagergren, et al., 2013, p.344). Assim, a liberdade de movimentos durante todo o TP permite à mulher trabalhar com os sinais do seu corpo para usar as posições que lhe

são mais confortáveis, promovendo a progressão do TP. Romano (2006). Relativamente à posição de gatas também Romano aponta que *“hands-and-knees position (...) improved labor progress according to women.”* (Romano, 2006, p.53)

Aumento da probabilidade de parto normal

Este aspeto foi referido por Romano (2005, 2006) afirmando que *“simple, nonpharmacologic methods such as encouraging hands-and-knees positioning have the potential to improve the likelihood of normal, spontaneous birth (...)”* (Romano, 2006, p.53)

Ausência de efeitos adversos para os RN/ Menos anormalidades no ritmo cardíaco fetal

A não existência de resultados obstétricos adversos para os recém-nascidos, foi referido por Thies-Lagergren, et al. (2012) e Thies-Lagergren, et al. (2013), nomeadamente *“no adverse outcomes were found among infants born by mothers allocated to the birth seat.”* (Thies-Lagergren, et al., 2013, p.349). Paralelamente Romano refere também que *“no evidence of harm was found and, indeed, a consistent trend of improved perinatal outcomes was found in the group of women randomized to use the hands-and-knees position”*. (Romano, 2006, p.53). É ainda referido no estudo de Gupta, que *“no deleterious effects to the mother or fetus of delivery in the upright posture have been demonstrated.”* (Gupta, 2012, p.11-12)

Redução da dor durante o TP

A redução da dor foi referida por Romano (2005, 2006), Thies-Lagergren, et al. (2013), Thies-Lagergren, et al. (2012), Priddis, et al. (2012). Por exemplo, Thies-Lagergren, et al., citando Gardosi, et al. (1989), De Jong et al., (1997) , De Jonge et al., (2008), Bodner-Adler et al., (2003) e Gupta e Hofmeyr (2004), refere no seu estudo que *“upright positions during birth (...) women experience their labour pain as easier to handle”*. (Thies-Lagergren, et al., 2013, p.344). Para além deste aspeto, Priddis, et al., afirma que *“research demonstrates that women (...) report less severe pain (...) than women in semi recumbent or supine/lithotomy positioning.”* (Priddis, et

al., 2012, p.104). Também Thies-Lagergren et al., chegou à evidência que as mulheres que pariram num banco de parto, vivenciaram menos dor durante o TP Thies-Lagergren, et al. (2012)

Foram identificadas nos estudos analisados, vantagens relativas à diminuição da dor referentes à adoção da posição de gatas durante o primeiro e segundo estágio do TP. Romano menciona que quando o feto se encontra numa variedade occipito-posterior, *“persistent back-pain scores were significantly reduced in the women who used the hands-and-knees position.”* (Romano, 2006, p.52-53)

Redução da sensação de cansaço / maior conforto durante o TP

Este benefício foi referido por Romano (2006), Grupta (2012) e Thies-Lagergren, et al., tendo este último autor verificado que *“women who gave birth on the birth seat had a more straightforward labour, were less tired (...)”* (Thies-Lagergren, et al., 2012, p.2)

Melhoria das contrações

O benefício da melhoria das contrações foi referido por Grupta (2012), Thies-Lagergren, et al. (2012). Também foi referido por Thies-Lagergren, et al., citando Gardosi (1989), De Jong et al. (1997), De Jonge et al. (2008), Bodner-Adler et al. (2003) e Gupta e Hofmeyr (2004), referindo que *“upright positions during birth can benefit the birthing woman by allowing (...) more efficient contractions”* (Thies-Lagergren, et al., 2013, p.344). Assim, *“upright birth positions improve contractions (...) and should therefore be used as an intervention to facilitate a straightforward birth.”* (Thies-Lagergren, et al., 2012, p.7). Grupta citando Buhimschi (2001), afirma que *“the McRoberts’ position with hyperflexed thighs was introduced to overcome shoulder dystocia. It has been shown to increase the expulsive force in the second stage of labour”* (Grupta, 2012, p.3)

Uso da gravidade

O benefício do uso da gravidade foi referido por Grupta (2012) e Romano (2005). Este último autor conclui que “upright positions (...) use gravity to help the baby descend (...)” (Romano, 2005, p.51)

Redução do número de episiotomias

No âmbito das diferentes posições de parto, foi verificada a redução da necessidade de execução de episiotomia, relacionada com a posição sentada no banco de parto. Assim esta foi referida por Gupta (2012), De Jonge, Van Diem, Scheepers, Buitendijk e Lagro-Janssen (2010), Thies-Lagergren, et al. (2012). Por exemplo Gupta refere que *“the considerable reduction in episiotomy usage was found in women allocated to the birth stool and birth chair.”* (Gupta, 2012, p.11). Também, De Jonge, et al. refere que *“women in sitting position were less likely to have an episiotomy (...)”* (De Jonge, et al., 2010, p.16), paralelamente à afirmação *“significantly fewer women who gave birth on the birth seat had an episiotomy performed.”* (Thies-Lagergren, et al., 2012, p.7)

Diminuição de lacerações

A diminuição do número de lacerações foi referida por De Jonge, et al. (2010), Thies-Lagergren, et al. (2013) e Thies-Lagergren, et al., referindo este último que *“were no increased incidences in first, second or third degree perineal lacerations for women giving birth on a birth seat”*. (Thies-Lagergren, et al., 2012, p.7). Assim, e porque a sua citação parece pertinente, De Jonge, et al. afirma que *“(...) a semi-sitting or sitting birthing position does not need to be discouraged to prevent perineal damage. Women should be encouraged to use the positions that are most comfortable to them.”* (De Jonge, et al., 2010, p.616-617)

Redução da necessidade de administração de ocitocina sintética

Este benefício foi referido por Thies-Lagergren, et al., afirmando que *“women giving birth on the birth seat (...) were significantly less likely to receive synthetic*

oxytocin for augmentation in the second stage of labour”, quando comparadas com uterentes que pariram em qualquer outra posição e ainda que *“statistically significantly less women in the birth seat group received augmentation during second stage of labour.”* (Thies-Lagergren, et al., 2012, p.4-7)

Aumentos dos diâmetros pélvicos

Esta vantagem foi referida por Gupta (2012) e Thies-Lagergren, et al. (2013). Este último, ao citar Michel, et al. (2002), diz que, relativamente ao impacto das posições verticais e de supina, nas dimensões pélvicas medidas através de uma ressonância magnética *“suggested an obstetrical advantage to being upright during the second stage; the sagittal outlet and interspinous diameters were significantly greater in a squatting position compared to a supine position”*. (Thies-Lagergren, et al., 2013, p.348)

Gupta citando Gold (1950) refere que relativamente às posições verticais estas *“improved alignment of the fetus for passage through the pelvis (‘drive angle’)”* e que *“radiological evidence of larger antero-posterior (Borell 1957b) and transverse (Russell 1969) pelvic outlet diameters, resulting in an increase in the total outlet area in the squatting (Gupta 1991; Lilford 1989; Russell 1982) and kneeling positions (Russell 1982)”* (Gupta, 2012, p.3)

Vantagens psicológicas para a mulher / empoderamento

Estas são referidas Thies-Lagergren, et al. (2013) e Gupta (2012). Este último refere *“several physiological advantages have been hypothesized and measured for nonrecumbent or upright labour”*. (Gupta, 2012, p.3)

Redução do risco de compressão aorto-cava

A vantagem da redução do risco de compressão aorto-cava foi referida por Gupta, nomeadamente que a posição lateral recostada é usada com a vantagem de evitar a compressão da artéria aorta, a veia cava inferior ou ambas e que *“lessened risk of aorto-caval compression (...) improved acid-base outcomes in the newborns”* (Gupta, 2012, p.3)

Aumento da satisfação para a mulher

O benefício do aumento da satisfação sentida pelas mulheres foi referido por Priddis, et al. (2012), Romano (2006), Grupta (2012), Thies-Lagergren, et al. (2013) e De Jonge, et al. (2010). Assim, *“honoring the laboring woman's preference for no supine positions in labor and birth may (...) bring about the dual benefit of improving her satisfaction with the birth experience and promoting normal birth.”* (Romano, 2006, p.53). Também Jones (2009) citado por Thies-Lagergren, et al. (2013), refere que o uso de posições verticais durante o parto e no momento do nascimento pode ser um símbolo da hierarquia do parto, pois quando a mulher opta por parir numa posição vertical, ela está no topo, tendo muito mais controle sobre o meio ambiente e sobre os outros atores na sala de parto e a mudança postural para posições verticais cria impacto sobre a sua psique, capacitando-a e imponderando-a. Por seu lado, De Jonge, et al. afirma que *“being able to choose comfortable positions can increase the experience of being in control. Feeling in control is a major factor contributing to childbirth satisfaction.”* (De Jonge, et al., 2010, p.611)

4.4 Conclusão

Após a discussão dos resultados, pode concluir-se nesta revisão, diversas vantagens/benefícios decorrentes da adoção livre de posições de parto no segundo estágio do TP. A maioria dos estudos remetem para a vantagem da mulher poder adotar posições verticais durante o primeiro e segundo estágio do TP, evidenciando os seus benefícios, nomeadamente que estas podem ser facilitadoras dos esforços expulsivos espontâneos, aumentando a eficácia das contrações e encurtando a duração do segundo estágio do TP. Podem também conduzir a uma redução significativa do número de partos assistidos, pela menor necessidade de intervenções durante o parto e aumento da probabilidade de parto normal. Também a descrição de menos dor e mais facilidade em lidar com a mesma, é outra vantagem, bem como o aumento da satisfação sentida pelas mulheres, na experiência do parto. Outro benefício da adoção de posições verticais é referente ao aumento dos diâmetros pélvicos favorecendo a descida do feto pelo canal de parto. Ocorre, assim, com as posições verticais uma redução do número de episiotomias e

menos anormalidades no ritmo cardíaco fetal, sem efeitos negativos para feto. Assim, as posições verticais são de uma forma geral facilitadoras da normal progressão do TP, pelo uso da gravidade.

Conclui-se também com esta revisão que existem vantagens relacionadas com as diferentes posições. O banco de parto aparece assim como uma estratégia facilitadora do posicionamento vertical, e da sua permanência durante todo o segundo estágio do TP, pelo apoio implícito na posição, transformando assim a posição de cócoras numa posição com maior apoio para a parturiente. Esta posição parece também reduzir a duração do segundo estágio do TP, bem como a necessidade de administração de ocitocina exógena como mecanismo de aceleração deste processo, e a redução no número de intervenções durante o mesmo.

A liberdade de posições durante o segundo estágio do TP, faz com que a mulher adote fisiologicamente a posição menos dolorosa para si e a que o seu corpo percebe como a mais facilitadora do parto. Esta liberdade de movimentos e posições reduz também o cansaço da mulher pela permanência numa única posição, aumentando a sensação de conforto, sem riscos obstétricos ou para o RN. A posição de gatas também apresenta vantagens pois favorece a rotação fetal para uma variedade anterior, reduzindo a necessidade de parto cirúrgico, bem como uma redução da dor lombar persistente. Conclui-se também que existem vantagens referentes à redução no número de episiotomias efetuadas e do número de traumatismos no canal de parto, que requerem sutura.

Estudos diferem quanto à ocorrência dum ligeiro aumento do número de lacerações do segundo grau, facto que não apresenta qualquer desvantagem, uma vez que a literatura apoia a necessidade da redução do número de episiotomias, referindo ser mais fácil a cicatrização da laceração espontânea dos tecidos, e ainda que a laceração é por norma menor que a lesão efetuada pela episiotomia.

Parece ocorrer um aumento do número de períneos intactos, no entanto com resultados pouco conclusivos nos estudos analisados. Também não se pode chegar a uma evidência quanto ao aumento ou diminuição referente ao grau de laceração

em posições verticais, ou sobre o número de lacerações labiais e edema perineal, pois esta RSL não foi conduzida neste sentido.

Relativamente à perda de sangue durante o TP, os estudos analisados revelam também resultados semelhantes. O aumento da perda de sangue para valores superior a 500 ml, pode dever-se às condições em que este é coletado e muitas vezes deve-se ao fato de a mulher ter sido submetida a ocitocina sintética e não devido à posição de parto. Existe também a evidência de que, estatisticamente, menos mulheres do grupo do banco de parto receberam oxitocina para o aumento do TP, no segundo estágio do mesmo.

Todos os estudos referem que não existe uma posição ideal, pois cada uma apresenta vantagens específicas para a parturiente, pelo que cada qual deverá ser encorajada a adotar e parir na posição que lhe seja mais confortável, no segundo estágio do TP. Apesar da pergunta de partida objetivar vantagens para a parturiente, estas estão intimamente relacionadas com vantagens para o feto/RN, devido à sua ligação, pelo qual algumas foram descritas nos achados deste estudo. Certamente que ocorrerão vantagens também para o casal pela inclusão do pai/acompanhante nos cuidados e satisfação de ambos com o resultado da experiência do parto. Deve-se assim honrar a preferência da mulher pelas vantagens identificadas, no sentido da satisfação com a experiência do parto normal, que será sem dúvida mais positiva. Conclui-se também que as mulheres sentiram uma maior satisfação com a adoção de posições verticais em oposto à posição de litotomia, sentindo-se mais seguras, confiantes, capazes e com controlo da situação.

4.5. Implicação para a prática do EESMO

Para Domenico e Ide *“a prática baseada em evidências compreende o uso consciente da melhor evidência para a tomada de decisão sobre o ato de cuidar, compreendendo este um processo integrador da competência clínica individual que provém dos resultados clínicos originados pelas pesquisas sistemáticas existentes.”* Domenico e Ide, (2003, p.116). Assim sendo, a RSL realizada permite chegar à evidência de que existem inúmeras vantagens, já descritas, da adoção livre de

diversas posições durante todo o TP, e com enfoque nesta revisão, no segundo estágio do mesmo.

Todos os autores dos estudos analisados concluem que deve ser respeitada a liberdade da mulher para adotar a posição de parto mais confortável para si. Esta deverá ser respeitada pelos profissionais que assistem o parto pois cada posição tem as suas vantagens, existindo no entanto evidência de uma maior número de vantagens nas posições verticais por oposição à posição de litotomia. Existe um claro enfoque nas vantagens da opção por posições verticais, pelos inúmeros fatores facilitadores do TP descritos. Thies-Lagergren, et al. (2013) refere que pode existir uma discrepância entre as preferências das mulheres e dos profissionais que assistem o parto, acerca da posição de parto. Estes profissionais, em especial os EESMO, expressam alguns problemas em encontrar uma posição confortável que permita uma visão geral do períneo quando as parturientes se encontram num banco de parto. Coppen (2005) citado por Thies-Lagergren, et al., afirma que *“midwives who need to feel in control of birth preferred women to be in a position that they were familiar with. In most cases this meant a recumbent or semi-recumbent position. In contrast midwives who allow women control over birth gave highest priority to upright positions.”* (Thies-Lagergren, et al., 2013, p.349)

Existem diversos estudos atuais sobre a influência da relação entre a parturiente e o profissional que assiste o parto. Thies-Lagergren, et al. (2013), defende que é imperativo que estes, nos seus cuidados às mulheres durante a segunda fase do TP, reconheçam o valor dos esforços expulsivos espontâneos e o efeito que advém sobre a progressão do TP. Este autor concorda também que a autonomia da mulher na sala de parto é fundamental, e que os seus desejos para a posição de parto devem ser sempre respeitados. Como as mulheres nem sempre estão a par das possibilidades disponíveis, parece imperativo que estas devam ser informadas. Assim, para que as mulheres possam fazer uma escolha informada, precisam de informação baseada em evidências sobre as vantagens e desvantagens das diferentes posições. Também De Jong, et al. (1997) citado por Thies-Lagergren, et al., propõe que *“pregnant women should be informed of the benefits of upright birthing positions and be encouraged to take an upright position*

during labour.” (Thies-Lagergren, et al., 2013, p.349). Este aspeto deverá ser abordado logo durante o período pré-natal, fazendo assim referência às diferentes posições de parto e considerando, no parto, as preferências das mulheres como um ponto de partida.

Thies-Lagergren, et al. afirma que *“experiences of physiological birth may enhance midwives trust in the birth process and lessen the tendency for intervention.”* (Thies-Lagergren, et al., 2012, p.4). Assim, o RCM (2011) citado por Thies-Lagergren, et al. afirma que *“midwives should, according to the Royal Colleges of Midwives (RCM), be proactive in demonstrating and encouraging different positions in labour “* (Thies-Lagergren, et al., 2013, p.349). Recomenda-se que os cuidadores, tanto EESMO, Midwives, como estudantes de obstetrícia, devam aprender habilidades para assistir as mulheres a usar uma variedade de posições de parto. Thies-Lagergren, et al. (2013). As diretrizes internacionais para os cuidados intraparto reconhecem a importância para as mulheres de estas serem capazes de se mobilizar em TP e sugerem que as maternidades sejam projetadas para facilitar essa movimentação e posicionamento vertical durante o mesmo. Priddis, et al. (2012).

O uso da posição de litotomia é desencorajada, e reconhece-se que a restrição da capacidade da mulher para adotar posições de parto fisiológicas poderá ter efeitos adversos sobre o parto. Priddis, et al., refere que *“in the Ten Steps for Mother Friendly Care, The Coalition for Improving Maternity Services supports the need for women during labour and birth to have the freedom to walk, move and change positions freely, unless restriction is required due to a medical complication.”* (Priddis, et al., 2012, p.104)

Também Gupta (2012) conclui para a liberdade de posições que as mulheres deviam ser encorajadas a parir na posição que lhes seja mais confortável. Kemp afirma mesmo que *“(…) women (…) should be encouraged to use whatever position they find most comfortable during their second stage of labour”* (Kemp, 2012, p.9). É pois função do EESMO promover esta liberdade de escolha e assegurar com rigor, cuidados especializados à mulher/casal no sentido das suas opções de parto como ponto de partida para os cuidados de enfermagem.

4.6. Implicação para a Investigação

Um dos aspetos referidos nos estudos das RSL, e que constitui um problema base presente nos estudos que comparam vantagens entre posições de parto, depreende-se com a distinção entre as várias posições, que nem sempre ocorre de forma clara. Um exemplo claro deste aspeto é a dificuldade em definir com exatidão a posição de semi-sentada e reclinada, pelo que os estudos apontam falhas na descrição das posições.

De acordo com Priddis, et al., (2012), outro aspeto limitador, depreende-se com a pouca literatura disponível sobre os mecanismos facilitadores para que a mulher adote um posicionamento mais fisiológico, e a importância do ambiente no parto, bem como os modelos de assistência nas maternidades, que fomentem a capacidade das mulheres em adotar várias posições durante o TP e parto. Assim, *“further exploration is required into the impact of environment and care provider on maternal positioning in labour”* (Priddis, et al., 2012, p.105). Este aspeto é bastante importante pois poderão ser desenvolvidos novos estudos que cheguem à evidência das melhores técnicas de abordagem e comunicação, levadas a cabo pelos profissionais de saúde, em especial o EESMO, de forma a imponderar a mulher para a liberdade de posições, tendo em conta todos os benefícios já referidos.

Outra limitação verificada nos estudos tem a ver com o facto de existir limitações no relato objetivo da satisfação materna com as posições de parto. Também extensa variação é descrita em relação a quando a posição sob investigação deve ser assumida pela mulher, e quanto tempo a posição deve ser mantida. A restrição da mulher para uma posição de parto específica remove escolha e, portanto, o controlo da mulher em TP, o que é uma consideração ética. Priddis, et al. (2012)

É também necessária uma maior investigação sobre o impacto do meio ambiente e dos prestadores de cuidados sobre o posicionamento da parturiente em TP. Priddis, et al. refere que *“in comparing upright birthing positions, identified the need for additional research into maternal physiological and psychosocial outcomes following the use of second stage positions.”* (Priddis, et al., 2012, p.105)

Outro aspeto de importância para a investigação é conhecer a filosofia dos profissionais de saúde, pois dela depende a facilidade com que serão implementados os resultados desta RSL. Por vezes é a filosofia do profissional de saúde que causa maior dificuldade à implementação dos resultados da evidência científica. Assim sendo, e também como nos refere Priddis, et al., *“despite available literature that claims the benefits or disadvantages of birth positions, there is a lack of research into factors and/or practices within the current health system that facilitate or inhibit women to adopt various positions during labour and birth.”* (Priddis, et al., 2012, p.105). É pois imperativo compreender os meios facilitadores e inibidores do posicionamento fisiológico no parto, o impacto de como os EESMO e mulheres percebem as posições fisiológicas do parto, e como as crenças que temos são traduzidos na prática. Estes aspetos são importantes de serem estudados e refletidos de forma a efetivar ainda melhor a aplicabilidade dos resultados desta revisão, com vista a que a mulher, no seu pleno direito, possa usufruir dos benefícios da liberdade de posições no segundo estágio do TP.

5.IMPLEMENTAÇÃO E CONSECUÇÃO DO PROJETO

5.1 Caracterização do local de estágio

O estágio decorreu num Hospital Perinatal Diferenciado. Segundo Romão, F., Cêncio, G., Melo, P.S., Marques, R., Gonçalves, V. (2012), este é um hospital que faz o atendimento de pessoas da zona sul do País e Ilhas, com capacidade de assistência multidisciplinar para as patologias associadas ou coexistentes na gravidez. Responde às solicitações de Diagnóstico Pré-Natal e também de Unidade de Cuidados Intensivos para RN de alto risco, privilegiando o transporte in útero nas grávidas com situação de risco materno e fetal. Segundo Romão, F. et al. “*é certificado pela UNICEF como Hospital Amigo dos Bebés desde 2005*” (Romão, F. et al., 2012, p.4)

Romão, F. et al., (2012) salienta como objetivos do Serviço de Obstetrícia, a promoção de cuidados de saúde de qualidade, garantindo a diminuição da morbilidade/mortalidade materno-fetal; adequada articulação com os Cuidados de Saúde Primários e o Hospital; garantir a acessibilidade a todas as utentes; promover a humanização e segurança no parto; promover o aleitamento materno e promover a educação para a saúde através de cursos de preparação para o nascimento. O Serviço de Bloco de Partos/Urgência Ginecológica e Obstétrica são duas unidades funcionais com espaço próprio que se articulam. Os cuidados são assegurados pela mesma equipa de profissionais de saúde, nomeadamente, Médicos Obstetras, Pediatras, Neonatologistas, Anestesiastas, EESMO, Enfermeiros de Cuidados Gerais e Assistentes Operacionais, Sociais, Psicólogos e Dietistas, entre outros. Prestam assim assistência clínica diferenciada a grávidas, parturientes e puérperas no âmbito de um Hospital multidisciplinar e de apoio perinatal diferenciado. Relativamente o método de trabalho este assenta no cuidado de enfermagem por enfermeiro responsável, pois desta forma consegue-se um cuidado de enfermagem individualizado assegurado pelo enfermeiro de referência.

A Urgência Ginecológica/Obstétrica tem salas para atendimento e para exames cardiográficos, sala de ecografia obstétrica, bloco operatório para pequenas cirurgias e uma unidade para internamento obstétrico. O Bloco de Partos tem salas

individuais para o parto, onde é promovida a privacidade, sala de dilatação, sala de cuidados imediatos ao RN, salas operatórias, destinadas a responder a situações de urgência/emergência no Bloco de Partos e cirurgias eletivas em gravidez ou puerpério de risco. Tem também sala de cuidados especiais, para recobro anestésico e vigilância/tratamento de utentes com patologia na gravidez. Existe diariamente, nas 24 horas, um Pediatra/Neonatalogista e um anestesista escalado para o apoio ao Serviço de Obstetrícia.

Segundo Romão, F. et al. (2012), este Serviço integra a Unidade Coordenadora Funcional Almada-Seixal-Sesimbra, existindo uma articulação entre diferentes níveis de cuidados, unidades funcionais e entre profissionais.

5.2 Recursos

A nível de recursos humanos, foram necessários a este projeto e para a realização do estágio com relatório o apoio e orientação da Professora da escola. Foi também fundamental a orientação da EESMO, junto da qual prestei cuidados no local do estágio, bem como toda a restante equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar. Foi neste local que foi implementado o projeto, pelas oportunidades que me foram facultadas. Para a concretização do projeto foram usados como recursos materiais os artigos para a revisão sistemática da literatura através de plataformas de base de dados, bem como livros que abordam o tema de iniciativa ao parto normal, com enfoque na liberdade de posições durante o segundo estágio do TP. Outros recursos materiais mobilizados foram relativos ao espaço físico onde decorreu o estágio final, nomeadamente os disponíveis no Serviço de Bloco de Partos/Urgência Ginecológica e Obstétrica. Foi recorrido ainda ao uso de programas informáticos, nomeadamente MicroSoft Word para a redação de textos e o programa informático EndNote para a realização das referências bibliográficas. Consequentemente a sua impressão em papel e encadernação para posterior leitura e partilha.

6.DESCRICÃO DOS OBJETIVOS, ATIVIDADES E RESULTADOS OBTIDOS

Relativamente aos objetivos gerais desenvolvidos neste estágio com relatório, posso afirmar que foram alcançados, pois foram desenvolvidas competências no sentido da melhor prestação de cuidados de enfermagem especializados à grávida/casal/RN inseridos na família, na comunidade e em contexto hospitalar, potenciando a sua saúde durante o período pré-natal, TP e parto e período pós-natal. Consegui também potenciar a saúde da grávida/casal/RN, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade, promovendo cuidados de qualidade culturalmente sensíveis. Outro dos objetivos pessoais alcançados foi o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados no âmbito do parto normal, através da promoção da liberdade de posições durante o segundo estágio do TP.

➤ Integração no Serviço de Bloco de Partos/Urgência Ginecológica e Obstétrica do Hospital Garcia de Orta.

Neste estágio delinee o objetivo de integração no Serviço, pois considero ser o primeiro passo para uma boa adaptação ao contexto do estágio e à equipa multidisciplinar. Informe-me assim sobre as características do serviço, nomeadamente sobre o espaço físico do mesmo e sobre o material/equipamento disponível. Uma vez que o projeto pretendia trabalhar a liberdade de movimentos e posições durante o TP em especial no período expulsivo, procurei detetar as condições existentes para tal, de forma a poder adaptar as minhas intervenções. Pude deste logo conhecer e comunicar com o enfermeiro orientador e a restante equipa multidisciplinar, conhecendo-a e observando as diferentes formas de cada um agir com os casais e a forma como cada um aborda o TP e parto. Achei este especto importante, pois pude desde logo trabalhar com a equipa, promovendo a continuidade dos cuidados. Também consulte a documentação existente no Serviço (normas/protocolos, entre outros documentos), de forma a conhecer o funcionamento do mesmo e a aprofundar conhecimentos sobre as intervenções preconizadas.

Assim, ao longo das primeiras semanas contactei com os profissionais afetos ao Serviço, identificando as suas funções e competências, aprendendo, desenvolvendo e aperfeiçoando as minhas próprias competências. Procurei trabalhar a competência de comunicação e relação com as grávidas/casais/famílias, ao contactar diariamente com os mesmos, e penso que desenvolvi competências neste âmbito. A forma diferente como cada mulher/casal/família vivencia esta transição, necessita igualmente de uma abordagem e comunicação diferenciada e individualizada. Acredito que consegui colocar a mulher/casal/família verdadeiramente no centro dos meus cuidados, conseguindo estabelecer uma relação de confiança, baseada na individualidade do casal. Assim, acredito que cheguei ao melhor resultado possível, pelo *feedback* que tive da orientadora e principalmente pela resposta do casal, que permitiu a minha participação/parceria com estes durante o processo, no sentido de potenciar as suas capacidades.

➤ **Cumprir as diretivas da União Europeia (artigo 27º da Diretiva 89/594/CEE de 30 de Outubro de 1989), no contexto do estágio com relatório.**

Alcansei este objetivo da melhor forma. Consegui vigiar e prestar cuidados de enfermagem especializados a 51 parturientes durante o TP. Foram efetuados por mim, 40 partos, com participação ativa em mais 11. Este foi sem dúvida um dos grandes desafios do estágio onde o apoio da orientadora foi essencial. A autonomia que me deu desde o início fomentou em mim uma confiança e responsabilidade que superou o medo que inicialmente sentia. Este foi para mim o veículo da minha transformação e desenvolvimento profissional, para me sentir no papel de EESMO e ser capaz de responder com confiança e cada vez com mais segurança, perante os desafios que foram aparecendo.

Por manter sempre uma perspetiva de parto normal, a prática de episiotomia durante o decorrer do estágio foi também efetuada apenas quando existiu indicação para tal. Assim efetuei 3 episiotomias por existir indicação para as mesmas nas respectivas situações. Pude executar e praticar a técnica de sutura em mulheres que sofreram lacerações de diferentes graus. Acredito que desenvolvi e aperfeiçoei a minha abordagem às técnicas de sutura aumentando a minha destreza ao longo do estágio. Aprendi imenso com a orientadora neste aspeto.

Avaliei o bem-estar fetal recorrendo ao equipamento disponível (Cardiotocografia, Telemetria e Doppler), vigiei e prestei cuidados a grávidas, durante e depois do parto em situações de risco. Pude identificar situações de risco na grávida e de promover o seu acompanhamento. Prestei cuidados a grávidas com Pré-eclâmpsia, detetando sinais de compromisso materno-fetal, grávidas com DPP, com patologia materna prévia à gravidez, sejam estas HTA, patologia cardíaca, infecciosa entre outras. Foi importante a relação estabelecida com grávidas em situações de risco, de forma a adaptar os cuidados e a desenvolver competências de vigilância e deteção precoce de alterações ao decurso normal da gravidez e parto. Como resultados consegui apoiar a grávida/casal nestas situações, promovendo o bem-estar materno-fetal e apoiando a transição do casal, que se vê agora dificultada pelo desvio à normalidade do processo de gravidez e parto. Ainda dentro deste objetivo observei e prestei cuidados a RN saudáveis e RN que necessitaram de cuidados especiais. Dentro deste aspeto ressalto uma situação de um RN com malformações não detetadas nas ecografias da gravidez e apenas detetadas à nascença, nomeadamente atresia do esófago e ânus imperfurado. Efetuei este parto junto da orientadora e o RN foi posteriormente avaliado pelo Pediatra que confirmou o diagnóstico, participando na sua transferência para o Serviço de Neonatologia. Prestei também cuidados a RN de termo com dificuldades na adaptação à vida extra-uterina, necessitando de aspiração das vias aéreas e aporte de O₂ à face. Realizei o exame físico ao RN imediatamente após o parto, procurando detetar imediatamente alguma malformação ou dificuldade na adaptação à vida extra-uterina, efetuando o Índice de Apgar. Como intervenções que facilitem este processo, tornou-se evidente a importância do contacto imediato pele-a-pele com a mãe e pai.

- **Prestar cuidados de enfermagem especializados à grávida/casal, no período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, detetando e tratando precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.**

Foi promovido sempre o respeito pelos valores, crenças e cultura das utentes/famílias, como um ser único e individual. Realizei o acolhimento e avaliação

da grávida, num ambiente calmo, privado e acolhedor. Este objetivo foi alcançado desde logo nos turnos que passei no Serviço de urgência Ginecológica e Obstétrica (SUGO), onde pude vigiar e cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal. Neste sentido implementei medidas adequadas para a promoção da saúde e bem-estar da grávida com patologia associada ou concomitante com a gravidez, que recorra ao SUGO, em situações de risco materno-fetal. Relativamente a situações de abortamento, não vivenciei nenhuma neste estágio, ainda assim prestei cuidados a 3 mulheres que passaram por este processo, no internamento de curta duração. Ainda no SUGO realizei educação para a saúde, com vista ao desenvolvimento de uma gravidez saudável, diagnosticando alterações do bem-estar fetal e apoiando a transição para a parentalidade, detetando complicações na gravidez fisiológica e do padrão de adaptação à gravidez, intervindo e referenciando. Como resultados consegui efetuar a prevenção e diagnóstico precoce de complicações na saúde da grávida/casal, através da avaliação e registo da sintomatologia da grávida, realização de colheita de dados completa e pertinente, realização e colaboração em exames de diagnóstico e orientação da grávida/casal sobre sinais e sintomas de risco. Para efeitos de avaliação do bem-estar materno-fetal foram utilizados os meios disponíveis no Serviço, nomeadamente o aparelho de Doppler para a auscultação dos batimentos cardíacos fetais (ABCF), o recurso à Cardiotocografia e a realização da Manobra de Leopold.

➤ **Prestar cuidados de enfermagem à mulher durante o trabalho de parto, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do feto na sua adaptação à vida extra-uterina.**

Este objetivo foi para mim o maior desafio deste estágio, pela responsabilidade da tomada de decisão imediata sobre os melhores cuidados especializados, no sentido de assegurar a saúde materna e fetal. Consegui alcançá-lo de forma positiva e sei que progredi e desenvolvi competências ao longo do tempo neste aspeto. Desenvolvi competências de vigilância e cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto e parto, promovendo e incentivando a participação do pai ou da pessoa significativa nos cuidados. Sem

dúvida que o ponto de partida para o alcance dos melhores resultados decorrentes deste objetivo, foi o agir de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, escrito ou verbalizado, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado. Assim, consegui garantir e manter um ambiente seguro durante todo o TP, através da correta monitorização do mesmo usando os meios disponíveis e validado as minhas avaliações junto da enfermeira orientadora. Tendo sempre em mente as diretrizes da OMS no âmbito do parto normal, realizei exames para avaliação e monitorização sistemática do bem-estar materno-fetal e da evolução do TP. Procedi à avaliação da cervicometria apenas para diagnóstico de início de trabalho de parto e para avaliação da progressão do mesmo, com um intervalo não inferior a 4 horas, exceto aquando a ocorrência de alguma alteração manifestada pela utente ou decorrente da minha avaliação. Pude avaliar o bem-estar fetal através do registo cardiotocográfico em colaboração com a orientadora e posteriormente de forma autónoma, associando sempre os achados com as queixas da utente, de forma a melhorar a interpretação do mesmo. Também foi promovida a ingestão de líquidos durante o TP. Desenvolvi assim competências para intervir autonomamente, tanto no âmbito da avaliação como na tomada de decisão sobre intervenções que otimizem do bem-estar fetal.

Pude implementar intervenções de prevenção e controlo da dor através de medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor, protocoladas pelo serviço, tendo sempre em conta a segurança e preferências da mulher, gerindo as mesmas de forma autónoma durante todo o trabalho de parto. Foi também fomentada a participação do acompanhante neste cuidado quando desejado pela mulher, sendo constante a promoção da liberdade de movimentos, a massagem, o recurso ao calor, como por exemplo a ida ao duche com água quente para relaxamento muscular e alívio da dor, entre outras medidas não farmacológicas. Penso que alcancei os melhores resultados das intervenções através dos relatos verbalizados pela mulher, ao referir alívio da dor. Colaborei na realização da técnica de analgesia epidural e sequencial, assegurando o bem-estar materno-fetal. Tive oportunidade de diagnosticar o início do TP e de o monitorizar, detetando desvios ao padrão normal de evolução do mesmo, implementando intervenções adequadas, no sentido de otimizar as condições de saúde da mãe e do feto.

Quando ocorreram situações de padrões anómalos da FCF e situações de risco materno-fetal durante o TP e parto, cujas manobras de ressuscitação intrauterina não resultaram em nenhum efeito, referenciou-se para o médico obstetra, por se encontrarem além da minha área de atuação.

Pude aplicar e praticar técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica, dando liberdade à parturiente para a adoção de posições em que esta se sentia mais confortável otimizando a posição face à estática fetal, favorecendo assim a sua descida através do canal de parto. Durante este período foi avaliada a relação feto-pélvica perante a descida da apresentação. Após o período expulsivo, promovi a vinculação através da promoção do contato imediato pele-a-pele do RN com a mãe e pude colher sangue do cordão umbilical para avaliação do grupo de sangue do RN e teste de Coombs direto. Depois, após cumprir com as diretrizes da OMS acerca do corte do cordão umbilical, prestei cuidados durante a dequitação.

➤ **Prestar cuidados de enfermagem à mulher no período pós-parto, no sentido de otimizar a saúde da puérpera e RN.**

Pude no decorrer do estágio, cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-parto, mais concretamente no puerpério imediato, uma vez que as puérperas permanecem no serviço em vigilância durante 2 horas após o parto, pois é durante este período que existe maior probabilidade de ocorrência de complicações pós-parto, e cuja vigilância por parte do EESMO se torna fundamental. Neste período promovi o aleitamento materno e a adaptação do RN à mama na 1ª hora de vida, aconselhando as puérperas para alguns aspetos do mesmo e esclarecendo desde logo dúvidas que foram surgindo. Ocorreu por diversas vezes a adaptação do RN à mama nos minutos imediatos após o parto, logo no momento do contato pele-a-pele, potenciando ainda mais o processo de vinculação. Aconselhei assim as mães em diversos aspetos do aleitamento materno, corrigindo problemas na pega, nas situações em que este aspeto ainda não tinha sido concretizado. Promovi sempre a vinculação mantendo também o RN junto da mãe/casal, em contacto pele-a-pele, e a saúde da puérpera e RN, no período pós-natal, assegurando o conforto e bem-estar dos mesmos, prevenindo e

diagnosticando patologias/complicações do puerpério que pudessem afetar a sua saúde. Foi também promovida a presença do pai durante este período através do recurso a estratégias que potenciaram ao máximo a sua presença junto da mãe e RN, tais como procurar manter a tríade numa sala individual, sempre que possível e com privacidade. Todos os cuidados durante este período tiveram também como intenção a recuperação pós-parto.

➤ **Prestar cuidados de enfermagem ao RN**

Alcancei este objetivo da melhor forma pois prestei cuidados de enfermagem aos RN, que nasceram de parto eutócico ou distócico. Também efetuei a receção de RN que nasceram de cesariana. Foi realizada a avaliação física do RN para diagnóstico de problemas ou dificuldades na adaptação à vida extrauterina e implementadas medidas de otimização e adaptação à mesma, quando necessário. Também nestes casos foi promovida a vinculação precoce, através da implementação de intervenções defensoras da mesma. Assim, no caso dos partos ocorridos por cesariana, o RN era sempre mostrado à mãe e colocado junto da mesma o mais precocemente, como estratégia potenciadora da vinculação e do aleitamento materno. Ocorreram escassas situações de RN com alterações morfológicas ou funcionais, sendo que este aspeto foi trabalhado com maior objetividade no EC-V em Neonatologia.

➤ **Agir de acordo como os objetivos e pressupostos da iniciativa de um Hospital Amigo dos Bebés, no HGO.**

Este objetivo foi concretizado ao longo de todas as semanas do estágio. Tendo sempre em mente os objetivos e pressupostos de um Hospital Amigo do Bebés, promovi e apoiei o aleitamento materno, cumprindo com as diretrizes deste programa, realizando educação para a saúde sobre as vantagens do mesmo através da implementação de medidas corretivas ao processo de aleitamento materno. Procurei detetar problemas/dificuldades durante o processo de amamentação junto do casal, efetuando educação para a saúde. Como contributos para os melhores cuidados neste âmbito saliento o Curso de Aconselhamento em Aleitamento Materno realizado e o trabalho sobre este aspeto em ensinamentos clínicos prévios.

Assim, a avaliação da capacidade de sucção do RN, a promoção de uma boa pega e o aconselhamento e apoio à puérpera/casal no aleitamento materno, foi uma preocupação minha constante ao longo de todo o estágio e penso que os resultados que obtive se traduziram em ganhos de saúde para a tríade.

➤ **Promover o parto normal, com enfoque no tema do projeto: Liberdade de posições no período expulsivo.**

Para o alcance deste objetivo e aprofundamento de conhecimentos sobre o tema, foi efetuada primeiramente uma Revisão Sistemática da Literatura, acerca das vantagens da liberdade de posições no 2º Estádio do TP, de forma a chegar à melhor evidência científica sobre o tema. Após este processo estar concluído o ponto de partida para alcançar os melhores resultados deste objetivo foi conhecer o plano de parto das grávidas, de forma a compreender os aspetos contidos neste referentes ao parto normal. Procurei sempre apoiar a grávida nas suas decisões, atuando de acordo com o seu plano de parto sempre que possível, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado. De todas as grávidas com quem contactei, uma apresentou um plano de parto escrito em papel, sendo que as restantes verbalizaram os seus desejos e aspetos que pretendiam ver concretizados. Em todas estas situações, respeitei o seu plano de parto, adaptando-o face à sua situação, com especial atenção aos aspetos de liberdade de posições no segundo estágio do TP. Assim, tanto no período de dilatação, como no período expulsivo, foi promovida e incentivada a liberdade de movimentos e posições durante o TP, com segurança, promovendo o conforto e bem-estar da parturiente e fomentando a presença do companheiro no contexto do posicionamento adotado. Obtive, através da entrevista ao casal, informação sobre as suas preferências relativamente às posições de parto. Foi dado enfoque por mim à liberdade de posições, apresentando ao casal as vantagens das mesmas e o material disponível para tal. De seguida dei oportunidade ao casal para experimentar as posições durante o TP, apoiando-os e envolvendo o acompanhante nos posicionamentos adotados, exemplificando-os. O apoio e experiência da orientadora neste sentido foi fundamental e os resultados obtidos foram positivos. A satisfação verbalizada por todas as utentes, a facilidade da progressão do TP sentida pelas mesmas, aliada ao alívio da dor decorrente dos posicionamentos foram as vantagens mais vezes

referidas. Assim, o segundo estágio decorreu em diversas posições nomeadamente, sentada no banco de parto, sentada na cama obstétrica, de joelhos, de gatas ou em posição lateral. As manobras do parto foram adaptadas ao posicionamento escolhido por cada mulher, estando esta no centro dos cuidados. Avaliei assim a progressão do TP, tendo em conta os posicionamentos adotados e verifiquei os benefícios para as utentes decorrentes da liberdade de posições e a forma como estes contribuem para uma experiência de parto mais positiva e significativa, perguntando às utentes, que usaram a liberdade de posições no 2º estágio do TP, acerca da experiência que vivenciaram. Foi muito gratificante enquanto estudante, alcançar os melhores resultados do enquadramento dos cuidados/intervenções de enfermagem numa visão de iniciativa ao parto normal, individualizando à situação de cada grávida/casal/feto. Tive a oportunidade de desenvolver competências de promoção do parto normal, apoiadas pela instituição e facilitadas pela ação da equipa de enfermagem e orientador de estágio, pelo desejo coletivo de cumprimento das diretrizes do parto normal. Este aspeto facilitou a minha formação e desenvolvimento enquanto EESMO, pelo ambiente de formação proporcionado. Efetuei assim a assistência ao parto normal, prevenindo e reconhecendo situações de risco, com conhecimento baseado na evidência científica.

- **Refletir sobre as intervenções do EESMO que envolvam implicações e responsabilidades éticas e sociais, que resultem das suas decisões e/ou juízos, ou as condicionem.**

Considereei este objetivo muito importante no decorrer da minha formação. Procurei oportunidade de aprendizagem e intervenção que se traduziram em ocasiões especiais de reflexão sobre as competências do EESMO, analisando situações com a orientadora, docente e equipa multidisciplinar. Assim, ao efetuar a análise das intervenções e dos resultados obtidos e também do que poderia ser melhorado e ajustado nas práticas de forma à obtenção de melhores resultados, foi um mecanismo de evolução. Ressalto neste aspeto por exemplo, a reflexão sobre o respeito pelas preferências do parto e estratégias facilitadoras do parto normal; o *empowerment*; a abordagem à liberdade de movimentos e posições durante o parto; estratégias de promoção da vinculação; otimização de técnicas de comunicação

perante utentes com menor limiar de tolerância à dor; a execução de técnicas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor, e o melhor momento para a sua implementação e por último o momento adequado para a clampagem e corte do cordão umbilical. A reflexão realizada foi importantíssima com vista aos melhores resultados e ganhos em saúde para a mulher/casal e RN. Procurei desenvolver capacidades de compreensão de processos de doença associados à gravidez/parto e as suas implicações no âmbito da dinâmica familiar, através do diálogo com o casal para reconhecimento dos seus sentimentos e nas implicações que estes processos acarretam no processo de transição para a parentalidade. É necessário por parte do EESMO uma ação adequada, atenta e individualizada de cada caso. A reflexão constitui uma ferramenta fundamental como mecanismo de desenvolvimento profissional no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados. Assim, a participação em momentos de avaliação formativa, sessões de análise das práticas, a avaliação final junto da docente e orientadora do local de estágio e a realização do presente relatório do mesmo, constituem-se como momentos privilegiados de reflexão e desenvolvimento profissional.

7. REFLEXÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A elaboração deste Relatório de Estágio assume importância no contexto do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, no sentido em que documenta a implementação do projeto e os resultados das intervenções/atividades efetuadas e das competências desenvolvidas para o alcance dos objetivos delineados. Este estágio constituiu-se como um momento privilegiado para o desenvolvimento das competências pela sua área privilegiada de intervenção, sempre no âmbito dos cuidados à mulher/casal/feto/RN/ em situação de pré-parto, intraparto e pós-parto. Com a implementação do projeto consegui desenvolver competências no âmbito dos cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade no período pré-parto, parto e pós-parto, e cuidados ao RN, preconizados pela escola e pelo Colégio da Especialidade em Saúde materna e Obstetrícia da OE. Sei que o meu desenvolvimento ao longo do estágio foi mais notório face à capacidade e responsabilidade da tomada de decisão, segurança face aos cuidados, e respeito constante pelas decisões do casal como ponto de partida para a concretização do parto normal. Acredito ter conseguido ao longo do estágio, dar resposta às competências preconizadas pela OE e pela ICM para o EESMO, tendo sempre em mente que o desenvolvimento pessoal e profissional é um processo dinâmico e contínuo.

Com a realização da RSL foi obtida a melhor evidência científica acerca do tema por mim escolhido, nomeadamente “As vantagens da liberdade de posições no 2º estágio do TP”, fomentando-se também desta forma a importância da investigação sistemática em enfermagem e das práticas baseadas na evidência. O estudo sobre a liberdade de movimentos durante o TP, e concretamente a liberdade de posições no segundo estágio do mesmo, para a concretização de um dos aspetos do parto normal, foi extremamente importante. Assim, com o estudo realizado, adquiri e aprofundei conceitos essenciais para o meu processo de desenvolvimento, nesta área tão importante e autónoma da ação do EESMO, no âmbito dos cuidados em saúde materna e obstetrícia. Consegui, com gratidão por todo o apoio que me foi prestado, organizar a minha ação neste sentido, enquanto futura EESMO. Obtive como resultados um maior conhecimento acerca do tema,

baseado nos resultados da RSL, adquirindo competências e implementando ações promotoras do parto normal, em todos os seus aspetos e mais especificamente na promoção da liberdade de posições no segundo estágio do TP. Durante o estágio com relatório em contexto de Bloco de Partos, foi assim dado enfoque a esta problemática e compreendi, junto da mulher e casal, que das intervenções resultaram vantagens para ambos no sentido de uma experiência de parto mais natural e positiva, pelos sentimentos e percepções e vivências que me foram transmitidas. Acredito ter dado um contributo para uma experiência de parto mais positiva, segura e individualizada, que me parece ser um dos grandes objetivos da nossa intervenção enquanto EESMO.

Uma vez que a experiência do parto é mais positiva se o plano de parto individual de cada parturiente for cumprido com segurança, procurei direccionar assim a minha ação de forma a encorajar e promover o parto normal. Obtive os melhores resultados, pelo cumprimento e respeito da vontade da parturientes com quem contactei, sendo que estas adotaram livremente as posições que desejaram, e nas quais se sentiram mais confortáveis, no ato de parir. Este aspeto é pois facilitador do processo de transição que a mulher/casal vivencia e que será certamente mais fácil quanto mais fáceis e positivas forem as etapas que dele fazem parte. Na nossa sociedade, a gravidez é encarada como uma fase de desenvolvimento, ou seja, a gravidez introduz novas condições de vida e constitui uma fase não patológica, mas de viragem e adaptação a novos estatutos: o de mãe e também de pai e de adaptação às novas condições corporais, psicológicas e familiares. A individualidade de vida de cada mulher manifesta-se também nas dúvidas que apresenta, e na forma como interpreta a vivência da sua gravidez e parto, o que precisa de uma resposta igualmente individualizada por parte do EESMO. Assim, enquanto EESMO, acredito ter conseguido, ao longo de todas as etapas do curso que culminaram neste estágio final, potenciar o processo de comunicação durante os meses de gravidez, parto e puerpério, permitindo à mulher/casal liberdade para exprimirem os seus sentimentos e pensamentos acerca desta sua experiência e assim ajudar desde logo na preparação para o parto normal e no apoio do processo de transição deste evento natural da vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- De Jonge, A., Van Diem, M., Scheepers, P., Buitendijk, S., & Lagro-Janssen, A. (2010). Risk of perineal damage is not a reason to discourage a sitting birthing position: a secondary analysis. *International Journal Of Clinical Practice*, 64(5), 611-618. doi:10.1111/j.1742-1241.2009.02316.x
- Domenico, E. B. L. d. e C. A. C. Ide (2003). "Enfermagem Baseadas em Evidências: Princípios e Aplicabilidades." *Revista Latino-America de Enfermagem* 11(1): 115-118.
- FAME e APEO (2007). Iniciativa Parto Normal - Documento de Consenso, Lusociência Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Romão, F., Cêncio, G., Melo, P.S., Marques, R., Gonçalves, V. Circular Normativa. 2012. Estratégia: Serviço de Obstetrícia Ginecologia. Acessível no Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal.
- Faustino, M. d. L. T. and M. T. V. Coelho (2005). "Cuidar na Gravidez, Parto e Puerpério: que visibilidade da Enfermagem." 53: 185-189.
- Feroza, M. e H. Saleha (2011). "Perceptions on birth positions among midwives and obstetricians at malalai maternity hospital and badakhshan provincial hospital, Afghanistan." *Journal of Midwifery & women's health* 56(5): 528.
- Fortain, M. F. (2000). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. Loures, Luso-Ciência.
- Fraser, D. M. e M. A. Cooper (2010). *Assistência Obstétrica, um guia prático para a Enfermagem*. Rio de Janeiro, Churchill Livingstone, Elsevier.
- Gupta, J., G. J. Hofmeyr, et al. (2007). "Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Review)." *The Cochrane Collaboration* (4)
- Gupta, J. (2012). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (5).
- Hanson, L. (1998). "Second-stage positioning in nurse-midwifery practices. Part 2: Factors affecting use." *J Nurse Midwifery* 43(5): 326-330.

- ICM. "The Philosophy and Model of Midwifery Care." Retrieved 22-06-2012, from <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2011/DB%202011/Essential%20Competencies%20ENG.pdf>.
- ICM. "The Philosophy and Model of Midwifery Care." Retrieved 22-06-2012, from <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2010/Core%20docs%202010/8.%20Philosophy%20and%20Model%20of%20Midwifery%20Care%20ENG-2005%20New%20Logo.pdf>.
- Keen, R., J. DiFranco, et al. (2003). *Prácticas de Atención y Cuidados que promueven el Parto Natural - No Dar a luz en Posiciones Supinas, Elegir Posiciones Verticales o Rescostada de Lado*, Lamaze Institute.
- Kemp, E. (2012). Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (1).
- Laidman, J. e C. P. Vega (2012). "Lateral Birthing Positions Yields Less Perineal Damage." *Medscape Education Clinical Briefs*
- Leite, L., R. Marques, et al. (2010). Documento de Consenso "Pelo Direito ao Parto Normal, Uma Visão Partilhada", Ordem dos Enfermeiros. Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras.
- Meireles, A. e M. E. Costa (2005). *A Experiência da Gravidez: O corpo grávido, a relação com a mãe, a precepção de mudança e a relação com o bebé*. Lisboa, Celta Editores.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory - Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York, Springer Publishing Company.
- Mother's Advocate e Lamaze Institute (2009). *Healthy Birth Your Way - Six Steps to a Safer Birth*. I. Lamaze, InJoy Birth & Parenting Education.
- Priddis, H., Dahlen, H., & Schmied, V. (2012). What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women & Birth*, 25(3), 100-106. doi:10.1016/j.wombi.2011.05.001
- Rabelo, L. R. and D. L. d. Oliveira (2010). "Precepções de Enfermeiras Obstétricas sobre a sua Competência na Atenção ao Parto Normal Hospitalar." *Revista da Escola da Enfermagem da USP* 44(1).

- Romano, A. (2005). Research summaries for normal birth. *The Journal Of Perinatal Education*, 14(4), 49-53.
- Romano, A. (2006). Use of hands-and-knees position in labor is safe and beneficial when baby is OP. *Journal Of Perinatal Education*, 15(2), 52-55.
- Rossi, M. A. e S. G. Lindell (1986). "Maternal positions and pushing techniques in a nonprescriptive environment." *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 15(3): 203-208.
- Shilling, T. e J. DiFranco (2003). *Prácticas de Atención y Cuidados que Promueven el Parto Natural - Libertad de Movimiento a lo Largo del Trabajo de Parto*, Lamaze Institute for Normal Birth: 3.
- Terry, R. R., J. Westcott, et al. (2006). "Postpartum outcomes in supine delivery by physicians vs nonsupine delivery by midwives." *J. Am Osteopath Assoc* 106(4): 199-202.
- Thies-Lagergren, L., Kvist, L., Christensson, K., & Hildingsson, I. (2012). Striving for scientific stringency: a re-analysis of a randomised controlled trial considering first-time mothers' obstetric outcomes in relation to birth position. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 12135. doi:10.1186/1471-2393-12-135
- Thies-Lagergren, L., Kvist, L. J., Sandin-Bojö, A., Christensson, K., & Hildingsson, I. (2013). Labour augmentation and fetal outcomes in relation to birth positions: A secondary analysis of an RCT evaluating birth seat births. *Midwifery*, 29(4), 344-350. doi:10.1016/j.midw.2011.12.014
- Vilelas, J. (2007). *Sebenta de Metodologias de Investigação: da pesquisa quantitativa à qualitativa em Ciências da Saúde*, Escola Superior de Saúde Egas Moniz.
- (1997). "Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization." *Birth* 24(2): 121-123.
- (2007). *Making normal birth a reality - Consensus Statement from the Maternity Care Working Party. Campaign for Normal Birth. The Royal College of Midwives, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, The Nacional Childbirth Trust.*
- (2007). *Protocolo para la Asistencia Natural al Parto Normal*. Barcelona, Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud.

- (2010). "Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica." Retrieved 20-07-2012, from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaoOE/regulamentocompetenciassaudematernaobstginecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf.
- (2012) INE-DGS/MS, PORDATA (Base de Dados Portugal Contemporâneo, Last updated 2012/05/14, from [http://www.pordata.pt/en/Portugal/Caesarean+births+in+hospitals+\(percentage\)-1985](http://www.pordata.pt/en/Portugal/Caesarean+births+in+hospitals+(percentage)-1985).
- (2011) INE-DGS/MS, PORDATA (Base de Dados Portugal Contemporâneo, Last updated 2011/12/27, from <http://dev03.pordata.pt/en/Portugal/Childbirths+in+hospitals+total+and+by+type-1509>.

APÊNDICES

APÊNDICE I

(ANÁLISE DOS ARTIGOS)

ANÁLISE DOS ARTIGOS

Análise dos **8** artigos que constituíram a base da elaboração da discussão e respectivas conclusões.

Análise do artigo nº 1

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	<ul style="list-style-type: none">•Thies-Lagergren, L., Kvist, L. J., Sandin-Bojö, A., Christensson, K., & Hildingsson, I.•Labour augmentation and fetal outcomes in relation to birth positions: A secondary analysis of an RCT evaluating birth seat births.•(2013).•<i>Midwifery</i>, 29(4) Volume 29, Issue 4, (journal article).
FINALIDADE DO ESTUDO	O objetivo deste estudo foi comparar o aumento da ocitocina sintética, com a duração do TP e com os resultados para o RN, em mulheres nulíparas escolhidas de forma aleatória para parirem num banco de parto ou em qualquer outra posição.
TIPO DE ESTUDO	Estudo randomizado controlado, na Suécia.
PARTICIPANTES	1002 Mulheres foram escolhidas de forma aleatória para parir num banco de parto (grupo experimental) ou parir em qualquer outra posição (grupo de controlo). Os participantes do estudo eram mulheres que pariram em dois hospitais na Suécia.
CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	O estudo incluiu mulheres nulíparas que entendiam a língua sueca suficientemente bem para receber informações e dar o seu consentimento informado ou recusa de participação. Os requisitos para inclusão foram: uma gravidez saudável e sem complicações excluída de qualquer diagnóstico médico, com um feto único em

	<p>apresentação cefálica e início espontâneo do trabalho (entre as 37 e as 41 semanas de gestação) e ainda um Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 30.</p> <p>Foram incluídas mulheres diagnosticadas com diabetes gestacional não necessitando de tratamento médico.</p> <p>As mulheres que estavam a planear um parto vaginal após uma cesariana anterior e mulheres que induziram o TP devido a rutura espontânea de membranas sem contrações espontâneas por mais de 24 horas também foram incluídas.</p>
COLHEITA E ANÁLISE DE DADOS	<p>As folhas de colheita de dados continham a data de nascimento da mãe, número de identificação e um número aleatório. Se o parto não ocorreu de acordo com a randomização, as parteiras foram convidadas a registar a razão para tal na folha de colheita de dados. Todas as outras medidas de desfecho foram disponibilizadas pelas notas registadas de forma eletrónica.</p> <p>O estudo foi realizado inicialmente como um teste para comparar o número de partos vaginais instrumentados nas mulheres que pariram num banco de parto ou em qualquer outra posição para o parto vaginal.</p> <p>Este trabalho é uma reanálise de um estudo que foi desenvolvido para detetar diferenças em partos instrumentados. Para dados contínuos, os valores médios foram comparados utilizando testes t para amostras independentes.</p> <p>Para dados categóricos foi calculado o risco relativo com intervalo de confiança de 95%, utilizando um método descrito por Mantel e Haenszel (2002). A</p>

	avaliação e medição dos resultados incluíram o aumento da oxitocina sintética, a duração da segunda fase do TP e os resultados neonatais.
PROCEDIMENTOS ÉTICOS	<p>O estudo foi aprovado pelo comité para pesquisa ética da Universidade de Lund.</p> <p>Todos os participantes assinaram o termo de consentimento para participação no estudo e este foi documentado nas notas dos participantes. As mulheres eram livres para retirar o seu consentimento durante todo o estudo.</p>
RESULTADOS	<p>Os resultados principais deste estudo foram que as mulheres randomizadas para o grupo experimental tiveram estatisticamente e significativamente uma segunda fase do TP de parto mais curta do que as mulheres randomizadas para o grupo de controlo. Não houve diferenças entre os grupos para o aumento do uso de ocitocina sintética ou para os resultados neonatais.</p>

Análise do artigo nº 2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	<ul style="list-style-type: none">• Kemp, Emily• Cochrane Pregnancy and Childbirth Group.• Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia.• 2012.• Cochrane Database of Systematic Reviews.
FINALIDADE DO ESTUDO	<p>Avaliar os efeitos de diferentes posições de parto (em pé vs. reclinada), durante o segundo estágio do TP, nos resultados maternos e fetais para as mulheres com analgesia epidural.</p> <p>Esta revisão inclui todos os ensaios clínicos randomizados disponíveis que testaram se a gravidade pode ajudar no processo de nascimento.</p>
TIPO DE ESTUDO	<p>Revisão Sistemática da Literatura</p> <p>Foi pesquisado o Cochrane Pregnancy and Childbirth Group Trials Register (30 de Junho de 2012) e as listas de referência de estudos recuperados.</p> <p>Foram incluídos todos os ensaios clínicos randomizados ou quase-randomizados.</p>
PARTICIPANTES	<p>Cinco ensaios clínicos randomizados, envolvendo 879 mulheres, foram incluídos na revisão.</p> <p>Todos os estudos incluídos tiveram dois grupos de intervenção que podem ser classificados dentro da posição vertical ou deitada, usando como critérios os métodos de seleção.</p>
CRITÉRIOS DE SELECÇÃO	<p>Todos os ensaios clínicos randomizados ou quase-randomizados, incluindo mulheres grávidas (primigestas ou multigestas) no segundo estágio do TP induzido ou espontâneo, que receberam analgesia epidural de qualquer tipo.</p>

	<p>Assumiu-se como o tipo de intervenção experimental, a utilização materna de qualquer posição vertical, durante a segunda fase do TP, em comparação com a intervenção de controlo, nomeadamente o uso de qualquer posição reclinada.</p> <p>Foram incluídas mulheres recrutadas e aleatórias em qualquer fase do TP. Apenas foram incluídas gestações de feto único de termo (37 semanas).</p>
COLHEITA E ANÁLISE DE DADOS	<p>Dois revisores avaliaram independentemente os ensaios para a inclusão, avaliação de risco de viés, e os dados extraídos. Os dados foram verificados quanto à precisão.</p> <p>Os autores da revisão avaliaram de forma independente para a inclusão, todos os estudos que identificaram, como resultado da estratégia de procura.</p> <p>Foi feita uma revisão dos artigos e integração do Conhecimento obtido nos mesmos.</p> <p>Assumiu-se o tipo de intervenção experimental, a utilização materna de qualquer posição vertical, durante a segunda fase do TP, em comparação com a intervenção de controlo, nomeadamente o uso de qualquer posição reclinada.</p>
PROCEDIMENTOS ÉTICOS	<p>Não existem dados que forneçam esta informação.</p>
RESULTADOS	<p>Identificou-se que não existe importância clínica ou estatística significativa para os efeitos da posição vertical, em comparação com posições reclinadas, em qualquer um dos resultados pré-definidos, nomeadamente: total de partos cirúrgicos (cesariana ou partos vaginais instrumentados); duração do</p>

segundo estágio do TP; trauma de canal do parto exigindo sutura; baixo pH do sangue do cordão umbilical ou admissão na Unidade de Cuidados Intensivos neonatais.

Os estudos foram relativamente pequenos de modo a que os intervalos de confiança à volta de cada ensaio foram grandes.

Assim, as mulheres com analgesia epidural devem ser encorajadas a adotar qualquer posição que elas achem mais confortável durante o segundo estágio do TP.

Análise do artigo nº 3

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	<ul style="list-style-type: none">• Gupta, J.• Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia.• (2012).• <i>Cochrane Database Of Systematic Reviews</i>.
FINALIDADE DO ESTUDO	Avaliar os benefícios e os riscos do uso de diferentes posições durante o segundo estágio do TP, sem anestesia epidural, nos resultados maternal, fetais, neonatais e no prestador de cuidados.
TIPO DE ESTUDO	<p>Revisão Sistemática da Literatura</p> <p>Foram procurados ensaios registados no grupo Cochrane Pregnancy and Childbirth (28 janeiro 2012).</p> <p>Foi incluído em qualquer estudo randomizado controlado, o seguinte:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Use alocação aleatória ou quase aleatória e follow-up adequado;2. Compare as posições listadas nos objetivos.
PARTICIPANTES	<p>Mulheres grávidas durante o segundo estágio do TP, independentemente da escolha da anestesia após a randomização.</p> <p>22 Estudos incluídos (envolvendo 7280 mulheres) e 16 estudos excluídos.</p>
CRITÉRIOS DE SELECÇÃO	Ensaio clínico randomizado ou quase-randomizado de qualquer posição vertical ou lateral, adotada por mulheres grávidas durante o segundo estágio do TP em comparação com posições de supina ou de litotomia. Comparações secundárias incluíram a comparação de diferentes posições verticais e a posição lateral.

COLHEITA E ANÁLISE DE DADOS	<p>Dois revisores avaliaram independentemente ensaios para a inclusão e avaliaram a qualidade do ensaio.</p> <p>Os dados foram verificados quanto à precisão.</p>
PROCEDIMENTOS ÉTICOS	<p>Não existem dados que forneçam esta informação.</p>
RESULTADOS	<p>Em todas as mulheres estudadas (primigestas e multigestas), houve uma redução não-significativa na duração do segundo estágio do TP no grupo da posição vertical; uma redução significativa dos partos assistidos; uma redução do nº de episiotomias, um aumento no nº de lacerações perineais de segundo grau, aumento da perda de sangue estimada acima dos 500 ml, menos anormalidades do padrão do ritmo cardíaco fetal.</p> <p>Em mulheres primigestas a utilização de qualquer posição vertical comparada a posição de supina foi associada a: redução não significativa da duração da segunda fase do TP.</p>

Análise do artigo nº 4

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	<ul style="list-style-type: none">• Romano, A.• Research summaries for normal birth. <i>The Journal Of Perinatal Education</i> (Journal Article).• Upright positions in second stage of labor may decrease instrumental deliveries in women with epidural analgesia.• (2005).• <i>The Journal Of Perinatal Education</i> 14(4), 49-53.
FINALIDADE DO ESTUDO	Esta meta-análise avaliou a eficácia das posições verticais durante a segunda fase do TP para a redução do risco de parto vaginal instrumentado, em mulheres que utilizam analgesia epidural.
TIPO DE ESTUDO	Revisão Sistemática da Literatura, através de critérios pré-estabelecidos para identificar ensaios clínicos randomizados relevantes.
PARTICIPANTES	Dois ensaios clínicos randomizados, fornecendo dados para um total de 281 mulheres (166 em posição vertical e 115 em posição reclinada).
CRITÉRIOS DE SELECÇÃO	Inscrição limitada a mulheres com gestações de termo sem complicações, em TP espontâneo ou induzido, com analgesia epidural. Um estudo incluiu mulheres multíparas (aquelas com partos vaginais anteriores), enquanto o outro é restrito a mulheres nulíparas.
COLHEITA E ANÁLISE DE DADOS	Os dados dos estudos incluídos foram combinados num novo conjunto de dados e analisados utilizando métodos estatísticos padrão de meta-análise.
PROCEDIMENTOS ÉTICOS	Não existem dados que forneçam esta informação.
RESULTADOS	Foram encontradas diferenças estatisticamente não-

	<p>significativas nas taxas de parto instrumentado, cesariana, trauma perineal e duração do TP, todos favorecendo a utilização de posições verticais.</p> <p>As diferenças foram grandes entre os dois grupos, nas taxas de parto instrumentado e cesariana. Não foram encontradas diferenças ao nível dos resultados neonatais em ambos os estudos.</p>
--	--

Análise do artigo nº 5

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	<ul style="list-style-type: none">• De Jonge, A., Van Diem, M., Scheepers, P., Buitendijk, S., & Lagro-Janssen, A.• Risk of perineal damage is not a reason to discourage a sitting birthing position: a secondary analysis.• (2010).• <i>International Journal Of Clinical Practice</i>, 64(5).
FINALIDADE DO ESTUDO	Analisar a associação entre a posição sentada e semi-sentada no momento do parto, com o dano perineal, entre mulheres de baixo risco nos cuidados primários.
TIPO DE ESTUDO	Estudo Comparativo Análise realizada com os dados de um grande ensaio. Este ensaio foi conduzido no âmbito das práticas de cuidados primários realizados pelas parteiras, na Holanda.
PARTICIPANTES	Foram incluídas um total de 1646 mulheres que tiveram um parto espontâneo, via vaginal.
CRITÉRIOS DE SELECÇÃO	Mulheres que tiveram um parto espontâneo, via vaginal. Este estudo foi realizado de 1 de Maio de 1995 a 01 de Setembro de 1996, na Holanda, contando com um total de 70 parteiras.
COLHEITA E ANÁLISE DE DADOS	Foram comparados os resultados perineais entre as mulheres em posição reclinada, posição semi-sentada e posição sentada. Foi usada a análise de regressão logística para analisar os efeitos dessas posições, após o controlo de outros fatores.
PROCEDIMENTOS ÉTICOS	Não existem dados que forneçam esta informação.
RESULTADOS	Não foram encontradas diferenças significativas nas

	<p>taxas de períneo intacto entre os grupos das posições. As mulheres na posição sentada foram menos propensas a ter uma episiotomia e mais propensas a ter uma laceração perineal do que as mulheres em posição reclinada. Mulheres em posição semi-sentada foram mais propensas a ter uma laceração labial do que as mulheres em posição reclinada.</p>
--	---

Análise do artigo nº 6

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	<ul style="list-style-type: none">• Thies-Lagergren L ; Kvist LJ ; Christensson K ; Hildingsson I.• Striving for scientific stringency: a re-analysis of a randomised controlled trial considering first-time mothers' obstetric outcomes in relation to birth position.• (2012).• <i>BMC Pregnancy And Childbirth</i> (Journal Article).
FINALIDADE DO ESTUDO	O objetivo deste estudo foi comparar a evolução do TP e os resultados do parto, entre mulheres que pariram num banco de parto ou em qualquer outra posição para o parto vaginal. Outra finalidade foi estudar a relação entre o aumento da oxitocina sintética e a perda de sangue materno, numa amostra estratificada.
TIPO DE ESTUDO	Reanálise de um estudo controlado randomizado, na Suécia. Foi efetuada uma análise para estudar os resultados obstétricos para as mulheres nulíparas que pariram num banco de parto (grupo do banco de parto) em comparação com o parto em qualquer outra posição para o parto vaginal (grupo de controlo).
PARTICIPANTES	As análises incluem 253 mulheres nulíparas, referidas como o grupo do banco de parto, as quais pariram no banco de parto, em comparação com 697 mulheres nulíparas, referidas como o grupo de controlo, que pariram em qualquer outra posição. As parteiras que trabalham em clínicas pré-natais convidaram as mulheres a participar do estudo fornecendo informações orais e escritas.
CRITÉRIOS DE	Mulheres saudáveis, com uma gravidez sem

SELECÇÃO	complicações, excluída de qualquer diagnóstico médico, com um feto único em apresentação cefálica, um Índice de Massa Corporal (IMC) inferior a 30 e um início espontâneo do TP entre as 37s e 41s+6d de gestação.
COLHEITA E ANÁLISE DE DADOS	<p>Os dados foram colhidos entre Novembro de 2006 e Julho de 2009. Os resultados medidos incluíram o resultado perineal, a perda de sangue pós-parto, a analgesia epidural, o aumento da oxitocina sintética e a duração do TP.</p> <p>Os dados foram analisados usando o PASW (Predictive Analytics Software) versão 20.0. Devido ao desvio da randomização original, foi realizada uma comparação estatística entre os grupos para as variáveis demográficas.</p> <p>Foi calculada a relação de probabilidade com um intervalo de confiança de 95%, para a analgesia epidural, duração do TP, perda de sangue materno e para o resultado perineal entre mulheres que pariram no banco de parto em relação aquelas que não o fizeram.</p>
PROCEDIMENTOS ÉTICOS	<p>O estudo foi aprovado pelo comitê para pesquisa ética da Universidade de Lund.</p> <p>As mulheres que foram eleitas e que aceitaram a participação no estudo, deram o consentimento escrito e este foi documentado nas notas de caso das mulheres. As mulheres tinham a liberdade de retirar o seu consentimento ao longo de todo o ensaio.</p>
RESULTADOS	As mulheres que pariram no banco de parto tiveram uma menor duração do TP e foram significativamente menos propensas ao aumento da

	<p>ocitocina sintética para acelerar o trabalho na segunda fase do TP. Significativamente mais mulheres tiveram um aumento da perda de sangue durante o parto, no banco de parto, mas não ocorreu diferença nos resultados perineais. A perda de sangue aumentou, independentemente da posição do nascimento, para as mulheres tinham sido expostas ao aumento da ocitocina sintética durante a primeira fase do TP.</p>
--	--

Análise do artigo nº 7

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	<ul style="list-style-type: none">• Romano, A.• Use of Hands-and-Knees position in labor is safe and beneficial when baby is OP.• (2006).• <i>Journal Of Perinatal Education</i> 15, no. 2: 52-55.
FINALIDADE DO ESTUDO	Investigadores avaliaram a eficácia da posição de gatas no TP para a rotação do feto em variedade occipitoposterior, aliviando a dor nas costas, e melhorando os resultados perinatais.
TIPO DE ESTUDO	Ensaio Clínico Randomizado
PARTICIPANTES	No estudo, as grávidas foram aleatoriamente distribuídas pelos 2 grupos: grupo de posição de gatas (N = 70); grupo de controlo (N = 11). O estudo foi realizado em 13 hospitais universitários afiliados.
CRITÉRIOS DE SELECÇÃO	Mulheres saudáveis e de baixo risco, na primeira fase do TP, com um feto em variedade occipito posterior confirmado por ecografia.
COLHEITA E ANÁLISE DE DADOS	As mulheres na posição de gatas foram convidadas a passar o máximo de tempo possível nessa posição ao longo de um período de 60 minutos, durante um período mínimo total de 30 minutos. De seguida foram encorajadas a usar a posição de acordo com a sua preferência durante o resto do TP. As mulheres no grupo de controlo foram autorizadas a usar qualquer posição, exceto a posição de gatas (ou posição similar que resultasse na suspensão do abdómen) durante o período de estudo de 60 minutos. A posição fetal foi reavaliada por ecografia no final

	<p>do período do estudo. A dor nas costas persistente foi avaliada antes e após o período de estudo usando vários e válidos instrumentos de avaliação da dor. Dados adicionais do estudo foram obtidos através de um questionário pós-parto e pela revisão dos registos médicos.</p>
PROCEDIMENTOS ÉTICOS	<p>Não existem dados que forneçam esta informação.</p>
RESULTADOS	<p>A dor persistente nas costas foi significativamente reduzida nas mulheres que usaram a posição de gatas, em comparação com os resultados do grupo de controlo.</p> <p>Enquanto a rotação fetal para occipito anterior ocorreu com maior frequência na posição de gatas, esta associação não atingiu significância estatística.</p> <p>A posição de gatas foi aparentemente aceitável para as mulheres, evidenciada pelo facto de que 84% das entrevistadas disseram que a usariam novamente num parto futuro, registando como os motivos mais comuns, o aumento do conforto e melhora na evolução do trabalho.</p> <p>Este estudo fornece evidências de qualidade de que o uso da posição de gatas durante o TP é aceitável para as mulheres e reduz a dor persistente nas costas quando o feto está numa variedade occipito posterior. Não foi encontrada nenhuma evidência de dano, verificando-se até uma tendência consistente de melhora nos resultados perinatais, no grupo de mulheres randomizadas para usar a posição de gatas.</p> <p>Métodos não farmacológicos simples tais como incentivar a posição de gatas têm potencial para melhorar a probabilidade de parto normal,</p>

	<p>espontâneo, sem introduzir risco desnecessário para a mãe ou para o bebê.</p> <p>A liberdade de movimentos durante todo o TP permite às mulheres trabalhar o seu corpo para usar as posições que lhes são mais confortáveis e assim promover a progressão do TP. Honrando as preferências da mulher durante o TP e parto no sentido da preferência por posições não supinas pode trazer o duplo benefício de melhorar a sua satisfação com a experiência do parto e promover o parto normal.</p>
--	---

Análise do artigo nº 8

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	<ul style="list-style-type: none">• Priddis, H., Dahlen, H., & Schmied, V.• What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature• (2012)• <i>Women & Birth</i>, 25(3), 100-106. (journal article)
FINALIDADE DO ESTUDO	Realizar uma Revisão da Literatura que relate o impacto das posições de parto no bem-estar materno e perinatal, e os fatores que facilitam ou inibem as mulheres de adotar várias posições de parto durante o primeiro e segundo estágios do TP.
TIPO DE ESTUDO	Revisão da Literatura
PARTICIPANTES	Quarenta trabalhos publicados e não publicados, foram identificados como relevantes e incluídos nesta revisão da literatura. Estes trabalhos incluem 4 revisões sistemáticas, 2 ensaios clínicos randomizados, conduzidos e publicados após as revisões sistemáticas, 2 meta-análises, 2 papéis de análise secundárias e 1 estudo prospetivo de grupo, papéis de opinião e capítulos de livros.
CRITÉRIOS DE SELECÇÃO	<p>A pesquisa foi limitada aos últimos 15 anos, escrita apenas no idioma Inglês.</p> <p>Alguns artigos foram excluídos devido à falta de relevância, repetição, ou de investigação que tinha sido atualizada em revisões sistemáticas.</p>
COLHEITA E ANÁLISE DE DADOS	Duas questões principais foram identificadas dentro da literatura, nomeadamente: o efeito da posição de parto durante a primeira e/ou segunda fase do TP, nos resultados maternos e neonatais, e os fatores que são relatados que possam influenciar as posições que são adotadas durante o parto e

	nascimento, incluindo o ambiente de parto, modelos de cuidados e a filosofia do prestador de cuidados.
PROCEDIMENTOS ÉTICOS	Não existem dados que forneçam esta informação.
RESULTADOS	<p>As mulheres que utilizam posições verticais durante o TP, tem uma duração mais curta do primeiro e segundo estágio do TP, experienciam menos intervenções, relatam menos dor intensa e maior satisfação com a sua experiência de parto, do que as mulheres numa posição semi-reclinada ou supina/ litotomia.</p> <p>Um aumento da perda de sangue durante o terceiro estágio é a única desvantagem identificada, mas isso pode ser devido ao aumento do edema perineal associado com as posições verticais.</p> <p>Há uma falta de investigação sobre os fatores e/ou práticas dentro do atual sistema de saúde que facilitem ou inibem as mulheres em adotar várias posições durante o TP e parto. O parto numa posição vertical parece ocorrer com mais frequência dentro de certos modelos de cuidados, em comparação com outros. As preferências pelas posições e as filosofias dos profissionais de saúde, também são relatadas pelo impacto que têm sobre a posição que as mulheres adotam durante o parto.</p>

ANEXOS

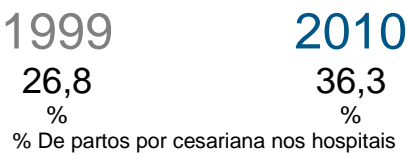
ANEXO I

(Dados Estatísticos: INE-DGS/MS, PORDATA. (Base de
Dados Portugal Contemporâneo, (2011, 2012))

Nascimentos por cesariana em hospitais (%) em Portugal

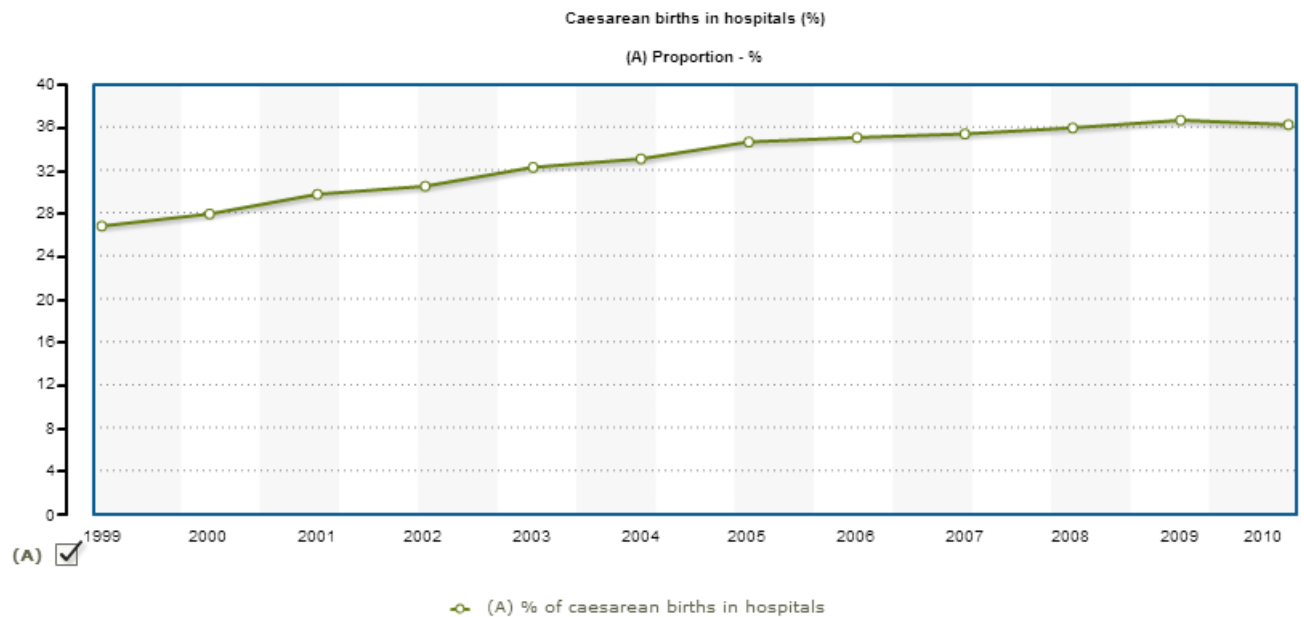
Proporção -%

+ Anos	% De partos por cesariana nos hospitais
1999	26,8
2000	28,0
2001	29,8
2002	30,6
2003	32,3
2004	33,1
2005	34,7
2006	35,1
2007	35,4
2008	36,0
2009	36,7
2010	36,3



Fonte de dados: INE-DGS/MS, PORDATA
Última actualização: 2012/05/14

Caesarean births (%) in Portugal

Deepen your analysis, [here](#)

Data Source: INE-DGS/MS, PORDATA

Partos em hospitais: total e por tipo - Portugal

Parto

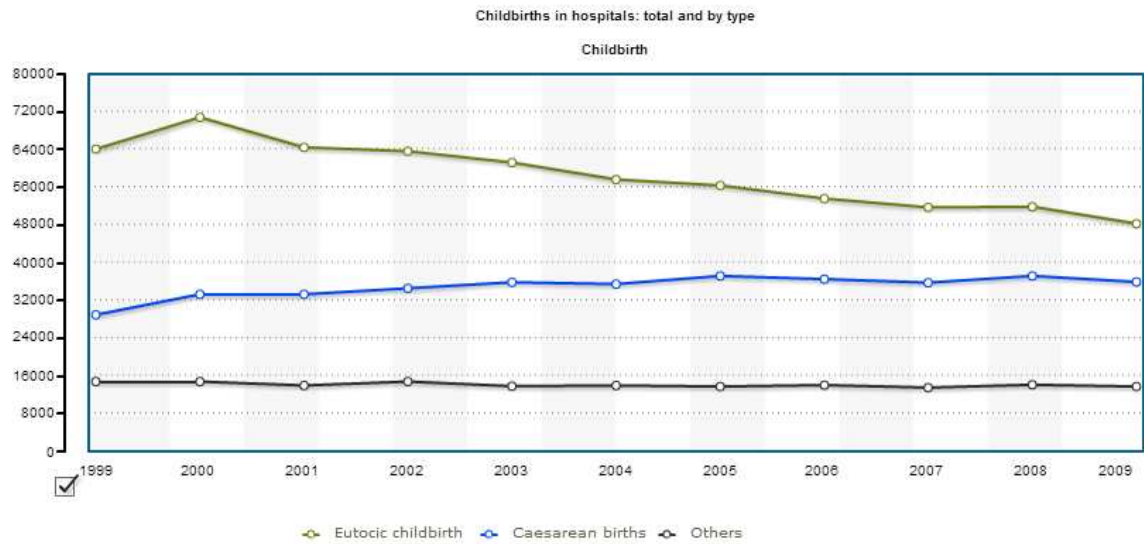
+ Anos	Partos				
	Total	Parto eutócico	Parto distócico		
			Total	Nascimentos por cesariana	Outros
1999	107,903	64,119	43,784	28,960	14,824
2000	118,991	70,889	48,102	33,294	14,808
2001	111,772	64,506	47,266	33,302	13,964
2002	113,074	63,658	49,416	34,567	14,849
2003	110,976	61,238	49,738	35,868	13,870
2004	107,195	57,692	49,503	35,467	14,036
2005	107,309	56,368	50,941	37,194	13,747
2006	104,296	53,607	50,689	36,582	14,107
2007	101,023	51,723	49,300	35,778	13,522
2008	103,314	51,931	51,383	37,199	14,184
2009	98,006	48,276	49,730	35,972	13,758

Fonte de dados: INE-DGS/MS, PORDATA
Última actualização :2011-12-27

Childbirths in hospitals by type in Portugal



Deepen your analysis, [here](#)



Data Source: INE-DGS/MS, PORDATA

1999
107,903
Partos

2009
98,006
Partos

ANEXO II

(Documento de Consenso “Pelo Direito ao Parto Normal –
Uma Visão Partilhada”
Subscrito pela Direção Geral de Saúde, OE e APEO)